

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**



**DETERMINANTES INDIVIDUAIS DA QUALIDADE DO SONO EM  
CRIANÇAS DE IDADE PRÉ-ESCOLAR**

**Mariana Mendes Mendonça**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
NÚCLEO DE PSICOLOGIA CLÍNICA DA SAÚDE E DA DOENÇA**

**Ano 2014**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**



**DETERMINANTES INDIVIDUAIS DA QUALIDADE DO SONO EM  
CRIANÇAS DE IDADE PRÉ-ESCOLAR**

**Mariana Mendes Mendonça**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
NÚCLEO DE PSICOLOGIA CLÍNICA DA SAÚDE E DA DOENÇA**

Dissertação orientada pela Doutora Ana Rita Goes

**Ano 2014**

## **Agradecimentos**

À Dra. Ana Rita, minha orientadora, por toda dedicação, apoio, encorajamento, paciência, disponibilidade e amizade em todos os momentos. Jamais esquecerei todos os ensinamentos que me deu.

Às instituições que colaboraram neste estudo e a todos os pais que aceitaram participar neste trabalho. Sem eles este trabalho não seria possível.

Às minhas colegas Joana, Rita e Alice que sempre me acompanharam nos momentos bons e menos bons, ao longo de toda esta jornada.

Ao Pedro e Hugo, pela, amizade e boa disposição que me proporcionam em todos os momentos da minha vida, mas em especial nesta fase.

Ao António, pela compreensão, amizade e amor.

À minha família. Aos meus avós, que estão sempre no meu coração. Às minhas irmãs, Beatriz, Bárbara, Margarida, Madalena e Marta, por toda a força que dão ao longo da minha vida, são as melhores irmãs do Mundo. Aos meus pais, que sempre me fizeram de tudo para que fosse feliz e me apoiam em todas as etapas da minha vida.

## Resumo

**Enquadramento:** Os problemas de sono infantis têm impacto na vida da criança e da família. Os modelos etiológicos do sono infantil assumem a importância de variáveis individuais e contextuais no surgimento destes problemas. O temperamento e o desenvolvimento da criança têm sido associados a problemas de sono infantil e às estratégias que os pais utilizam para apoiar o sono da criança. Contudo, os resultados da investigação apresentam inconsistências, especialmente quando estudadas crianças com idades superiores aos 24 meses. **Objetivos:** Pretende-se analisar o contributo do temperamento e do desenvolvimento para a qualidade do sono da criança e estratégias parentais relacionadas com o sono numa amostra de crianças dos 2 aos 6 anos de idade. **Metodologia:** Uma amostra de 123 pais completou questionários sobre os hábitos e dificuldades de sono (TPSQ), temperamento da criança (TABCR), desenvolvimento (PEDS) e estratégias parentais relacionadas com o sono (PSSQ). A uma subamostra de 30 crianças foi administrado um instrumento de rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento (PEDS:DM). **Resultados:** Relativamente ao temperamento, a impulsividade e o nível de atividade foram associados à resistência ao deitar. Níveis elevados de inibição associaram-se a um menor recurso a estratégias parentais de apoio à regulação e níveis elevados de emocionalidade associaram-se a uma maior utilização de estratégias de conforto. No que respeita ao desenvolvimento, a idade da criança apenas se associou a os despertares noturnos. Mais preocupações parentais relativas ao desenvolvimento foram associadas a uma menor duração do sono. Um maior número de domínios em que os marcos do desenvolvimento não foram alcançados associaram-se a um sono de menor duração. Um maior número de domínios em que a percentagem de competências por adquirir foi elevada foram associados a dificuldades em adormecer. Maiores percentagens de competências por adquirir no domínio da linguagem receptiva e da motricidade fina foram associadas a mais despertares noturnos. Maiores percentagens de comportamentos por adquirir no domínio sócio-emocional foram associadas a maior resistência ao deitar e menor duração do sono. **Conclusões:** Os resultados apoiam a importância de aspetos específicos do temperamento e desenvolvimento da criança para a compreensão dos problemas de sono infantil e para as estratégias parentais relacionadas com o sono. Considerar estes aspetos permite antecipar dificuldades e adotar estratégias preventivas. A consideração destes fatores será essencial na adaptação das intervenções terapêuticas às características da criança e da família.

**Palavras-chave:** problemas de sono; temperamento; desenvolvimento; estratégias parentais

## Abstract

**Background:** Sleep problems in children have a big impact in the lives of both the child and the family. The etiologic models of childhood sleep assume the importance of individual and contextual variables in the emergence of such problems. The child's temperament and development have been associated with sleep problems in young children and with the strategies used by parents to support the child's sleep. However, the investigation's results show some inconsistencies, especially when the subjects consist of children over 24 months old. **Objectives:** This essay means to analyse the contribution of temperament and development to the quality of children's sleep and the parental sleep-related strategies within a sample comprising children from the ages of 2 to 6 years old. **Methodology:** A sample consisting of 123 parents completed a set of questionnaires about sleeping habits and difficulties (TPSQ), the child's temperament (TABC-R), development (PEDS) and sleep-related parental strategies (PSSQ). A tool for screening development and behavioural problems was used in a subsample composed of 30 children. **Results:** As for temperament, impulsiveness and level of activity were associated to bedtime resistance. High levels of inhibition were linked to a lower use of parental strategies to support regulation, whereas high levels of negative emotivity were linked to a greater use of comforting strategies by the parents. Where development was concerned, the child's age was only related to night wakings. More development-related concerns of parents were related with less sleep duration. A higher number of domains, where the percentage of competences to acquire was higher, were related with trouble falling asleep. Higher percentages of competences to acquire related to receptive language and fine motor were related with night wakings. Higher percentages of behaviours to acquire in the socio-emotional domain were associated with a higher bedtime resistance and less sleep duration. **Conclusions:** Confirming the impact of specific temperament and development aspects in the quality of childhood sleep allows the anticipation of difficulties and the adoption of preventive strategies. On the other hand, taking these factors into account will be essential for the adaptation of therapeutic interventions to both the child's and the family's characteristics.

**Key words:** sleep problems; temperament; development; parental strategies.

## Índice

Resumo	iv
Abstract	v
Introdução	8

### Enquadramento Teórico

1. Sono infantil	9
2. Classificação dos problemas de sono	10
3. Determinantes dos problemas de sono infantil	12
3.1. Modelo Transacional	12
3.2. Modelo Heurístico Multi-Sistémica	13
3.3. Modelo Integrativo	15
4. Impacto do temperamento no sono infantil	16
4.1. Tipos e dimensões do temperamento	16
4.2. Temperamento e qualidade do sono infantil	18
5. Impacto do desenvolvimento no sono infantil	20
6. Impacto das estratégias parentais no sono infantil	22
6.1. Temperamento e estratégias parentais relacionadas com o sono infantil	23
6.2. Desenvolvimento e estratégias parentais relacionadas com o sono infantil	24

### Componente Empírica

1. Objetivos	26
2. Metodologia	27
2.1. Desenho	27
2.2. Seleção e características da amostra e subamostra	27
2.3. Instrumentos de recolha de dados	27
2.3.1. Questionário do Sono da Criança Pequena (TPSQ)	28
2.3.2. Bateria de Avaliação do Temperamento Infantil – Forma Revista (TABCI)	28
2.3.3. Parent’s Evaluation of Developmental Status (PEDS)	28
2.3.4. Parent’s Evaluation of Developmental Status: Developmental Milestones Assessment Level (PEDS:DM Assessment Level)	30
2.3.5. Questionário de Estratégias Relacionadas com o sono (PSSQ)	31
2.3.6. Questionário de informação Sócio-Demográfica	32
2.4. Procedimentos de recolha de dados	33

2.5. Procedimentos de análise de dados	33
3. Resultados	35
3.1. Qualidade do sono das crianças	35
3.2. Temperamento infantil	36
3.3. Desenvolvimento infantil	37
3.3.1. Preocupações parentais	37
3.3.2. Nível de desenvolvimento	38
3.4. Estratégias parentais relacionadas com o sono	38
3.5. Temperamento e qualidade do sono	40
3.6. Temperamento e estratégias parentais	41
3.7. Desenvolvimento e qualidade do sono	41
3.7.1. Idade da criança e qualidade do sono	41
3.7.2. Preocupações parentais	42
3.7.3. Nível de desenvolvimento	44
3.8. Desenvolvimento e estratégias parentais	45
3.8.1. Preocupações parentais	45
3.8.2. Nível de desenvolvimento	47
3.9. Qualidade do sono e estratégias parentais	48
4. Discussão	49
4.1. Qualidade do sono	49
4.2. Estratégias parentais	49
4.3. Temperamento, qualidade do sono e estratégias parentais relacionadas com o sono	50
4.4. Desenvolvimento, qualidade do sono e estratégias parentais relacionadas com o sono	51
4.5. Problemas de sono e estratégias parentais relacionadas com o sono	53
4.6. Limitações	54
4.7. Considerações finais	55
Referências Bibliográficas	56
Anexos	
Anexo A. Protocolo de Consentimento	61
Anexo B. Estrutura fatorial PSSQ	62

## **Índice de Figuras**

Figura 1. Modelo Transacional	13
Figura 2. Modelo Heurístico Multi-Sistémico	14

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1.	
CrITÉrios de diagnóstico das parassónias mais comuns nas crianças em idade pré-escolar	10
Tabela 2.	
Classificação das insónias do tipo comportamental	11
Tabela 3.	
Classificação das protodissónias, extrínsecas nas crianças pequenas	11
Tabela 4.	
Escala e subescalas do temperamento infantil propostas por Martin & Bridger (1999)	17
Tabela 5.	
Dimensões do temperamento infantil propostas por Thomas & Chess (1977)	18
Tabela 6.	
Escala de organização dos itens relativos aos problemas de sono (Goes, 2013)	28
Tabela 7.	
Trajetórias de risco de problemas de desenvolvimento e comportamento (Glascoe, 2000)	30
Tabela 8.	
Frequências absolutas e relativas dos itens relativos aos problemas de sono e mediana	36
Tabela 9.	
Características da amostra quanto às dimensões do temperamento para a amostra deste estudo e para a Americana	36
Tabela 10.	
Distribuição das preocupações parentais pelos domínios e trajetórias do PEDS	37
Tabela 11.	
Distribuição e percentagem de crianças que atingiram e não atingiram os marcos de desenvolvimento e percentagem elevada de competências por adquirir, consoante o domínio	38
Tabela 12.	
Frequências de resposta em cada escala do questionário PSSQ	39



Tabela 13.	
Dimensões e subescalas do temperamento e qualidade do sono	40
Tabela 14.	
Temperamento e estratégias parentais relacionadas com o sono	41
Tabela 15.	
Idade da criança e qualidade do sono	41
Tabela 16.	
Número de preocupações parentais e qualidade do sono	42
Tabela 17.	
Preocupações parentais e qualidade do sono	42
Tabela 18.	
Trajetórias de risco e qualidade do sono	44
Tabela 19.	
Número de domínios com competências por adquirir e qualidade do sono	44
Tabela 20.	
Porcentagem de competências por adquirir e qualidade do sono	44
Tabela 21.	
Idade e estratégias parentais relacionadas com o sono	45
Tabela 22.	
Número de preocupações parentais e estratégias parentais relacionadas com o sono	45
Tabela 23.	
Preocupações parentais e estratégias parentais relacionadas com o sono	46
Tabela 24.	
Trajetória de risco e estratégias parentais relacionadas com o sono	47
Tabela 25.	
Número de domínios em que se verificaram competências por adquirir e estratégias parentais	47
Tabela 26.	
Porcentagem de competências por adquirir em cada domínio e estratégias parentais	48
Tabela 27.	
Qualidade do sono e estratégias parentais	48

## **Introdução**

O sono ocupa um papel importante no crescimento e desenvolvimento da criança. Entre 25 a 50% de crianças em idade pré-escolar apresentam dificuldades relacionadas com o sono (Owens, 2008). Os problemas do sono infantil têm impacto negativo na vida da criança e da família. As dificuldades em estabelecer e manter os bons hábitos de sono são as preocupações mais frequentes apresentadas por parte dos pais aos profissionais de saúde (Owens & Witmans, 2004).

Os modelos etiológicos do sono infantil têm vindo a assumir a importância de fatores individuais e contextuais no surgimento de problemas de sono. Vários trabalhos propõem uma interação complexa entre fatores individuais e fatores parentais. No entanto, o papel dos fatores intrínsecos na qualidade do sono não está completamente esclarecido. A investigação tem vindo a demonstrar o impacto do temperamento e do desenvolvimento infantil nos problemas de sono e estes fatores individuais têm sido associados às estratégias parentais no apoio do sono da criança (Morrell & Cortina-Borja, 2002). Relativamente ao temperamento, a investigação não tem apresentado resultados consistentes, sendo necessário esclarecer o seu papel em crianças a partir dos 24 meses de idade. Em relação ao desenvolvimento, não tem sido estudado o papel de diferentes dimensões do desenvolvimento da criança na qualidade do sono em diferentes momentos do desenvolvimento, ao longo dos primeiros anos de vida. Neste sentido, o presente trabalho pretende explorar o papel do temperamento e do desenvolvimento na qualidade do sono nos comportamentos parentais relacionados com o sono.

O texto está organizado em duas secções principais. Na primeira secção, é feito um enquadramento teórico sobre a qualidade do sono e sobre o papel do temperamento infantil, do desenvolvimento infantil e das estratégias parentais relacionadas com o sono. A segunda secção diz respeito à componente empírica, incluindo a descrição dos objetivos, dos aspetos metodológicos inerentes e a descrição do estudo realizado sobre o papel dos determinantes individuais na qualidade do sono infantil. No final é feita uma discussão dos resultados, incluindo as limitações e implicações deste trabalho.

## **Enquadramento Teórico**

### **Sono Infantil**

O sono é uma necessidade básica dos indivíduos, assumindo especial importância nos primeiros anos de vida, devido ao seu papel no crescimento e desenvolvimento da criança (Stein & Barnes, 2002, Touchette, 2011).

Durante os primeiros anos de vida ocorrem grandes alterações no sono da criança. O sono vai evoluindo e apresentando padrões mais consolidados e mais parecidos com os adultos (Owens & Witmans, 2004). Esta consolidação do sono implica alguns desafios associados ao próprio processo de desenvolvimento da criança. A evolução dos padrões de sono é influenciada não só pela maturação neurológica das crianças, mas também é determinada por aspetos externos (e.g., cultura, ambiente e influências sociais) que não podem ser negligenciados (Owens, 2008; Sadeh, Tiketzky & Scher, 2010).

Os problemas de sono são bastante comuns durante a primeira infância e idade pré-escolar, constituindo uma preocupação central apresentada pelos pais aos profissionais de saúde (Morrell & Steele, 2003). Entre 20% a 30% das crianças em geral, apresentam dificuldades relacionadas com o sono (Owens & Witmans, 2004). Os estudos demonstram que os problemas de sono na idade pré-escolar têm uma prevalência de 25 a 50% (Owens, 2008) e de cerca de 37% em crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 10 anos (Owens & Witmans, 2004).

Quando a consolidação do sono envolve problemas, pode ter impacto na vida das crianças, apresentando consequências negativas em vários domínios do seu desenvolvimento (Petit & Montplaisir, 2012; Touchette, 2011) e consequentemente, para as suas famílias (Touchette, 2011; Sadeh & Sivan, 2009), podendo predizer problemas posteriores (Morrell & Steele, 2003). Os estudos apontam que os problemas de sono infantil estarão associadas a problemas a nível comportamental (Petit & Montplaisir, 2012; Owens, 2008; Goodnight, Bates, Staples, Petit & Dodge, 2007; Weissbluth 1989; Owens & Witmans, 2004), sócio-emocional (Petit & Montplaisir, 2012; Owens, 2008; Goodnight et al., 2007), cognitivo (Goodnight et al., 2007; Pettit & Montplaisir, 2012; Weissbluth, 1989) e da linguagem (Petit & Montplaisir, 2012), apresentando também implicações para o desenvolvimento funcional da criança (Sadeh & Sivan, 2009). Os problemas de sono infantil estão ainda associados a problemas de saúde (Owens, 2008; Owens & Witmans, 2004), como ao aumento de lesões acidentais, problemas cardiovasculares e problemas a nível do sistema imunológico (Owens, 2008).

## Classificação dos Problemas de Sono Infantil

A definição de problemas do sono envolve uma certa controvérsia e por isso é difícil apresentar uma definição única. Factos como a possibilidade dos problemas de sono poderem assumir várias formas (e.g., insónias e parassónias), a sua definição poder variar consoante o sistema de classificação utilizado e de existirem várias metodologias de avaliação contribuem para esta controvérsia (Gregory & Sadeh, 2012). Além disso, a interpretação do que é problemático e do que é normal por parte dos pais também é um contributo para a dificuldade desta definição (Owens & Witmans, 2004). A falta de consenso na definição de problemas de sono, leva a que os estudos neste campo utilizem várias definições (Gregory & Sadeh, 2012).

De entre os vários sistemas de classificação de problemas do sono que são aplicáveis à população infantil, destaca-se o Sistema de Classificação Internacional dos Problemas de Sono (American Academy of Sleep Medicine, 2005). Neste sistema de classificação, existem critérios de diagnóstico aplicáveis tanto à população adulta como à infantil e critérios aplicados a problemas de sono praticamente exclusivos da população infantil (Owens, 2008). Este sistema considera três categorias principais de problemas de sono na infância: parassónias, insónias e perturbações respiratórias relacionadas com o sono. De entre os problemas classificados como exclusivos da população infantil e característicos da faixa etária pré-escolar, encontram-se a insónia comportamental e a apneia obstrutiva do sono pediátrica (American Academy of Sleep Medicine, 2005).

As parassónias caracterizam-se por eventos comportamentais ou fisiológicos anormais que ocorrem em associação com o sono, fases específicas do sono ou transição de sono-vigília. Os tipos mais comuns na idade pré-escolar são os terrores noturnos, os pesadelos e o sonambulismo (Tabela 1).

**Tabela 1**

### **Critérios de diagnóstico das parassónias mais comuns nas crianças em idade pré-escolar**

<b>Problema</b>	<b>Critérios de Diagnóstico</b>
<b>Terrores Noturnos</b> (1 ou mais critérios)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dificuldade em despertar a criança;</li><li>▪ Confusão mental ao despertar de um episódio;</li><li>▪ Amnésia (total ou parcial) perante o episódio;</li><li>▪ Comportamentos perigosos ou potencialmente perigosos.</li></ul>
<b>Pesadelos</b> (1 ou mais critérios)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dificuldade em adormecer após um episódio;</li><li>▪ Ocorrência de episódios na segunda metade do período de sono habitual.</li></ul>
<b>Sonambulismo</b> (1 ou mais critérios)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dificuldade em despertar a pessoa;</li><li>▪ Confusão mental quando desperta de um episódio;</li><li>▪ Amnésia (total ou parcial) perante o episódio;</li><li>▪ Comportamentos de rotina que ocorrem em momentos inapropriados;</li><li>▪ Comportamentos inadequados ou sem sentido;</li><li>▪ Comportamentos perigosos ou potencialmente perigosos.</li></ul>

Adaptado de “The International Classification of sleep Disorders: diagnostic and coding manual (2nd ed.)” por American Academy of Sleep Medicine.

A insónia comportamental é o problema de consolidação de sono de natureza comportamental mais comum na população infantil, caracterizando-se por dificuldades na hora de dormir, resistência ao deitar e despertares noturnos. Pode ser dividida em três subtipos: insónia associada ao início do sono (*Behavioral Insomnia of Childhood – Sleep-onset Association type*); insónia associada ao estabelecimento de limites (*Behavioral Insomnia of Childhood - Limit-setting type*) e insónia de tipo combinado (*Behavioral Insomnia of Childhood – Combined type*) (Owens & Mindell, 2011) (Tabela 2).

**Tabela 2**  
**Classificação das insónias do tipo comportamental**

Problema	Critérios de Diagnóstico	
<b>Insónia comportamental associada ao início do sono</b>	(1)	Início de sono prolongado;
	(2)	Exigência de condições especiais de início de sono;
	(3)	Atraso significativo do início do sono, na ausência dessas condições;
	(4)	Necessidade de intervenção por parte do cuidador para retomar o sono após despertares noturnos
<b>Insónia comportamental associada ao estabelecimento de limites</b>	(1)	Dificuldade em iniciar ou manter o sono;
	(2)	Adiamento ou recusa em dormir;
	(3)	Inexistência ou insuficiência de limites estabelecidos pelos cuidadores relativamente ao deitar e ao dormir

Adaptado de “The International Classification of sleep Disorders: diagnostic and coding manual (2nd ed.)” por American Academy of Sleep Medicine.

Relativamente à apneia obstrutiva do sono pediátrica, esta caracteriza-se por uma obstrução total ou parcial das vias respiratórias superiores que perturba a ventilação normal durante o sono. A sua prevalência é de 2% a 4% em crianças saudáveis (American Academy of Sleep Medicine, 2005; Mindell & Owens, 2003).

Gaylor, Burnham, Goodlin-Jones e Anders (2005), propuseram um sistema desenvolvimentista de classificação de problemas de sono das crianças. Neste sistema de classificação (Tabela 3), os autores classificam as protodissonias externas mais frequentes nas crianças pequenas, distinguindo critérios de acordo com a idade da criança, menores de 24 meses e maiores de 24 meses, e propondo uma classificação de severidade.

**Tabela 3**  
**Classificação das protodissonias extrínsecas nas crianças pequenas (24 meses ou mais)**

Dificuldade no adormecer (2 ou mais critérios)	Despertares noturnos
---	----------------------

<b>Crítérios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &gt; 20 minutos para adormecer</li> <li>▪ Adulto presente no quarto para adormecer</li> <li>▪ &gt; 1 situação de resistência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ≥ 1 despertar por noite</li> <li>▪ ≥ 20 minutos acordado durante a noite</li> </ul>
<b>Severidade</b>	<p>(a) <b>Alteração</b> (Perturbation) - 1 episódio por semana durante 1 mês</p> <p>(b) <b>Problema</b> (Disturbance) - 2-4 episódios por semana durante 1 mês</p> <p>(c) <b>Perturbação</b> (Disorder) - 5-7 episódios por semana durante 1 mês</p>	

Adaptado de “A longitudinal follow-up study of young children's sleep patterns using a developmental classification system”, por E. Gaylor, M. Burnham, B. Goodlin-Jones e T. Anders, 2005, *Behavioral Sleep Medicine*, 3 (1), p. 47. Copyright 2005, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

## Determinantes dos Problemas de Sono Infantil

Os problemas de sono infantil têm vindo a ser associados a vários fatores, dos quais se destacam fatores biológicos (e.g., temperamento, desenvolvimento e psicopatologia), fatores ambientais (e.g., fatores socioeconómicos) (Morrell & Steele, 2003; Karraker, 2008; Touchette, 2011; Weinraub, Bender, Friedman, Susman, Knoke, Bradley, Houts & Williams, 2012) e fatores culturais (e.g., normas socioculturais) (Touchette, 2011; Sadeh et al., 2010). Os fatores ambientais, como os comportamentos parentais, têm vindo a ser destacados ao longo dos últimos anos (Mindell, Meltzer, Carskadon, & Chervin, 2009), sendo as intervenções dirigidas a problemas de sono na infância direccionadas principalmente para a alteração de comportamentos parentais (Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer, & Sadeh, 2006; Sadeh, 2005). Vários trabalhos têm vindo a salientar a possibilidade de existência de uma interação entre fatores parentais e fatores biológicos, evidenciando a necessidade de clarificar a dimensão em que os fatores da criança se associam aos problemas de sono (Morrell & Cortina-Borja, 2002). Vários modelos explicativos dos problemas de sono infantil abordam a associação entre estes fatores e os problemas de sono infantil.

**Modelo Transacional da Regulação do Sono.** Sadeh e Anders (1993) propuseram o Modelo Transacional de Regulação do Sono (Figura 1) que aborda o papel de fatores distais, como os fatores culturais (e.g., normas culturais), os ambientais (e.g., fatores sócio-económicos e geográficos) e os familiares (e.g., sistema de apoio familiar). Este modelo aborda também os fatores extrínsecos proximais, (e.g., características emocionais dos pais), a relação e interação pais-criança e os fatores intrínsecos da criança (e.g., temperamento e maturação) (Sadeh & Anders, 1993; Weinraub et al., 2012). De acordo com o modelo, a regulação sono-vigília é mediada pela relação pais-criança, sendo essa interação muitas vezes influenciada por fatores intrínsecos como o temperamento (e.g., crianças com temperamento

“difícil” tendem a dormir menos que as crianças com temperamento “fácil” e têm também tendência a ter mais episódios de despertares noturnos) (Sadeh & Anders, 1993).

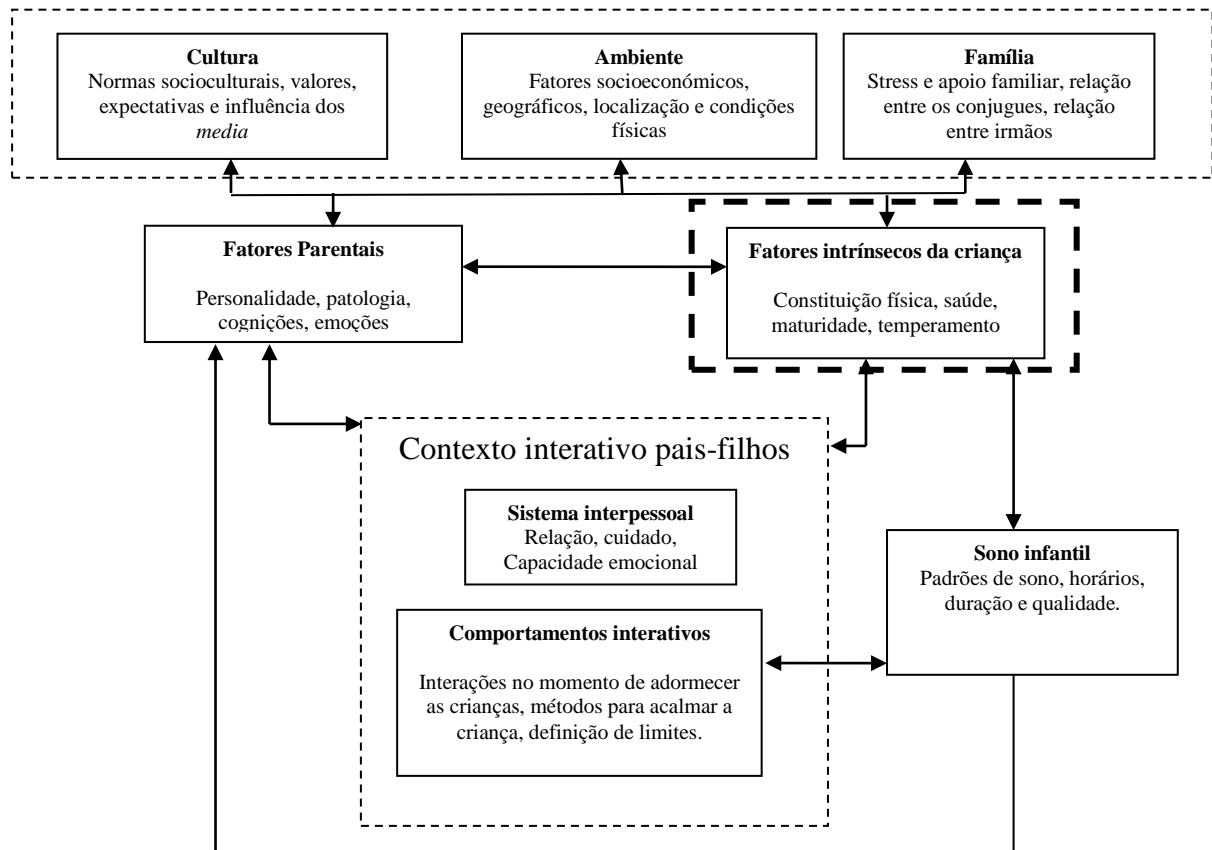


Figura 1. Modelo Transacional adaptado de Sadeh e Anders (1993)

**Modelo Heurístico Multi-Sistêmico.** Beebe (2008) propôs o Modelo Heurístico Multi-Sistêmico (Figura 2) que estuda a relação entre o sono e o funcionamento diurno da criança. Esta relação é influenciada por fatores intrínsecos (sistemas envolvidos no funcionamento humano - nível 1; cérebro - nível 2 e comportamento - nível 3) e extrínsecos da criança (fatores ambientais - nível 4). Estes fatores relacionam-se de forma bidirecional e mediadora (Beebe, 2008).

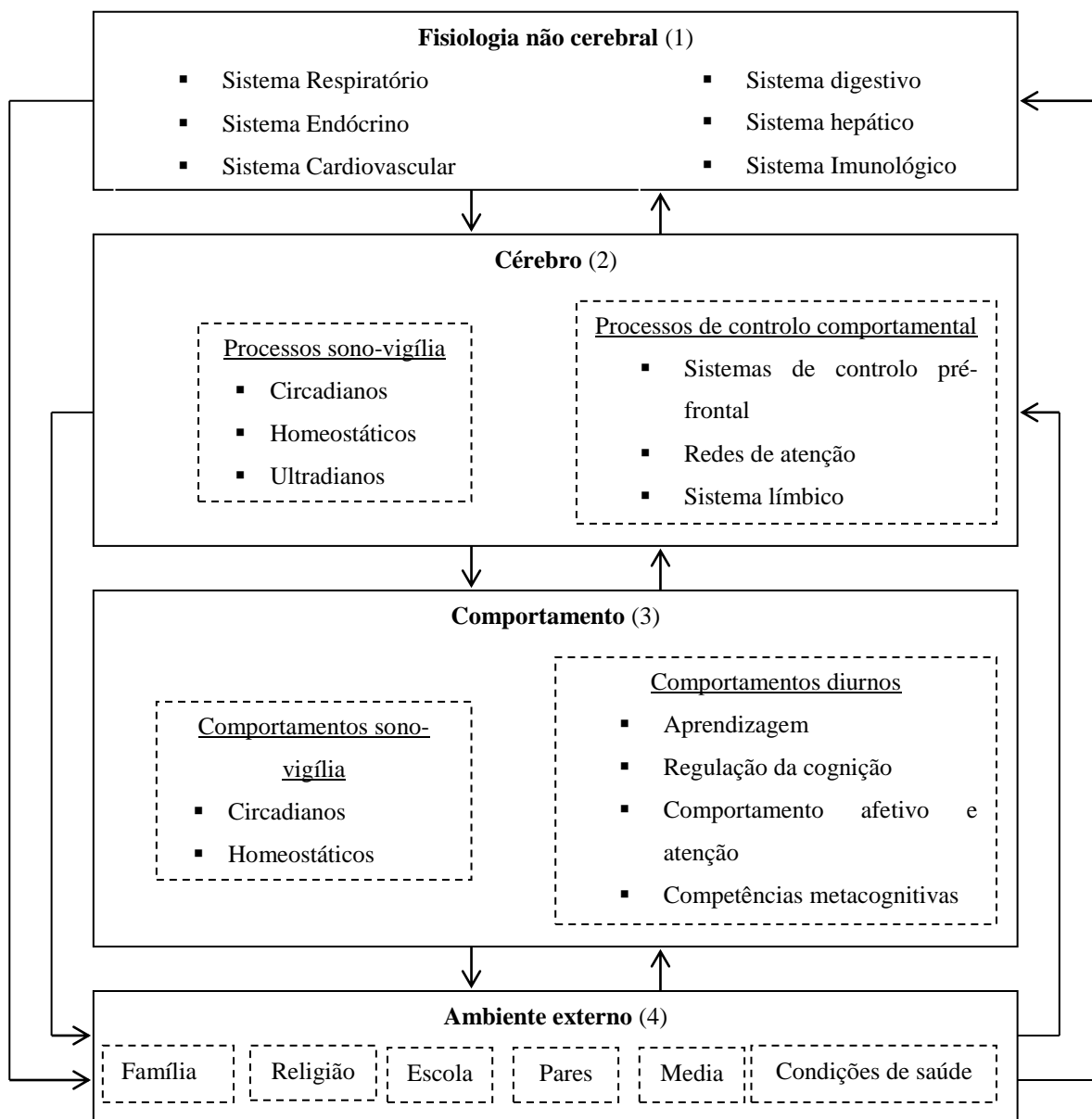


Figura 2. Modelo Heurístico Multi-sistêmico

Este modelo reconhece que os problemas de sono infantis podem resultar de problemas médicos primários derivados dos diversos sistemas envolvidos no funcionamento humano (Figura 2). Por exemplo, perturbações ao nível do sistema pulmonar, como a asma, podem afetar a qualidade do sono das crianças, podendo o tratamento afetar as rotinas associadas ao sono ou alterar a relação entre as crianças e os pais, alterando os comportamentos de sono-vigília. Perturbações ao nível dos sistemas cerebrais podem levar a problemas de sono (e.g., sistema dopaminérgico perturbado pode levar a síndrome de pernas inquietas). A nível comportamental, características individuais como o humor geral podem interferir com os comportamentos sono-vigília. Por fim, também a influência do ambiente externo é abordada



neste modelo, assumindo que as funções da criança pertencem a um conjunto dinâmico de estruturas contextuais interligadas, algumas das quais são inerentemente sociais (e.g., família, escola, pares) enquanto que outras o são menos diretamente (e.g., condições de saúde) (Beebe, 2008).

Este modelo assume que quando existem perturbações a um nível podem levar a mudanças significativas noutros domínios (e.g., quando o sistema neurológico é alterado, podem ocorrer mudanças de comportamento que têm impacto na família). Por outro lado, quando se trata eficazmente um problema num desses níveis podem ocorrer mudanças noutros (Beebe, 2008).

Na apresentação das relações recíprocas este modelo não é completamente estático, implicando, pelo menos de forma limitada, uma progressão temporal. No entanto, embora este modelo contemple a mudança ao longo do tempo, não é explicado como é que os aspetos inerentes ao desenvolvimento influenciam o sono.

**Modelo Integrativo.** Karraker (2008) propôs o Modelo Integrativo para explicar os despertares noturnos, que assume que o indivíduo e o meio ambiente estabelecem uma relação contínua e recíproca, influenciando-se mutuamente. A sua perspetiva integra aspetos comportamentais e de desenvolvimento, sendo os seus princípios básicos os de que: (1) as crianças e os seus pais possuem tendências biológicas ou aprendidas para determinados comportamentos relevantes para a vigília noturna (e.g., características biológicas como o temperamento difícil têm vindo a ser associadas a despertares noturnos); (2) comportamentos parentais e infantis durante a vigília noturna podem extinguir ou reforçar o comportamento do outro membro da díade (e.g., pais de crianças prematuras tendem a vigiar os seus filhos durante o sono em busca de sinais de sofrimento e assim, durante a vigília noturna, intervêm mesmo quando a criança é capaz de se acalmar autonomamente, podendo reforçar o comportamento de sinalização das crianças após o despertar e ensiná-las a esperar por intervenções parentais; por outro lado, a falta de resposta por parte dos pais pode eventualmente extinguir esses comportamentos); (3) interações comportamentais entre pais e crianças e as condições ambientais quando a criança é colocada na cama à noite influenciam a probabilidade da criança sinalizar quando acorda durante a noite (e.g., quando os pais se envolvem em comportamentos de conforto no momento em que a criança é colocada na cama, como embala-la, aumentam a tendência para que a criança sinalize quando acorda, a fim de recuperar esse conforto); (4) fatores extrínsecos distais (principalmente o contexto familiar) podem influenciar de forma direta ou indireta tanto os comportamentos da criança

quando acorda, como também os comportamentos noturnos parentais (e.g., o stress familiar pode ter impacto na capacidade de responder de forma consistente e adequada à vigília noturna infantil); (5) despertares noturnos infantis têm várias causas e consequências diferentes ao longo do tempo e do desenvolvimento (e.g., ao longo do tempo os pais deixam de reforçar comportamentos que outrora reforçavam ou podem passar a reforçar outros) (Karraker, 2008)

### **Impacto do Temperamento no Sono Infantil**

O papel do temperamento no sono infantil tem vindo a ser essencialmente investigado em crianças dos 0 aos 24 meses. Vários trabalhos têm encontrado associações entre o temperamento da criança e problemas de sono em crianças pequenas (Goodnight, et al., 2007; Atkinson, Vetere & Grayson, 1995; Hayes, McCoy, Fukumizu, Wellman & DiPietro, 2011; Morrell & Steele, 2003, Scher, Tirosh & Lavie, 1998).

**Tipos e Dimensões do Temperamento.** Diferentes autores propõem diferentes definições de temperamento. Contudo, existe algum consenso entre elas, sendo que, por exemplo, todas assumem que as características individuais de base biológica são relativamente duradouras, estáveis e evidentes desde o nascimento (Rothbart & Bates, 2006; Haycraft, Farrow, Meyer, Powell & Blissett, 2011; Rothbart, Evans & Ahadi, 2000).

Jeffrey Gray (1972, 1985, 1987, 1991, citado por Martin & Bridger, 1999) propôs um Modelo Teórico Neuropsicológico, que envolve dois sistemas neuroanatómicos: o Sistema de Inibição Comportamental (*Behavior Inhibition System* – BIS) e o Sistema de Ativação Comportamental (*Behavior Activation System* – BAS). O primeiro (BIS) é sensível a estados de punição e não recompensa, entrando em funcionamento em repostas de inibição perante a novidade e em respostas de ansiedade perante sinais de punição. O segundo (BAS) é sensível aos sinais de recompensa, sendo responsável por comportamentos de exploração e respostas de aproximação (Martin & Bridger, 1999). As diferenças individuais no temperamento resultam das diferenças na reatividade dos dois sistemas.

Martin e Bridger (1999) propuseram um instrumento de medida do temperamento baseado nesta teoria, que avalia o temperamento infantil através de duas escalas, a Escala de Inibição e a Escala de Impulsividade, sendo a segunda constituída por três subescalas: Emocionalidade Negativa, Nível de Atividade e Falta de Persistência na Tarefa (Tabela 4). Este instrumento permite também identificar seis Tipos de Temperamento: Inibido, Emocionalidade Elevada, Impulsivo, Típico, Reservado, Desinibido e Passivo. Assim, à luz

do Modelo Teórico Neuropsicológico, a Escala de Inibição avalia as funções do Sistema de Inibição Comportamental e a Escala de Impulsividade avalia as funções do Sistema de Ativação Comportamental. A TABC-R baseia-se em vários pressupostos teóricos, que se distribuem em três categorias, relativas à natureza, estrutura e tipologia do temperamento. Relativamente à categoria natureza do temperamento, importa destacar que as diferenças individuais são relativamente estáveis durante vida, sendo influenciadas quer por fatores genéticos, quer por fatores ambientais, para além disso, as características temperamentais vão ser a base de comportamentos mais complexos. Relativamente à estrutura do temperamento, os autores consideram que na idade pré-escolar os traços de inibição, impulsividade e emocionalidade negativa são as dimensões mais importantes na descrição das características temperamentais. Salientam ainda que a tendência de uma criança para a inibição não está relacionada com a tendência de ser impulsivo.

**Tabela 4**

**Escalas e subescalas do temperamento infantil propostas por Martin & Bridger (1999)**

	<b>Definição</b>
<b>Escalas</b>	
Inibição	Tendência para evitar situações sociais novas, hesitar em se aproximar de estranhos e ser cauteloso perante novas tarefas.
Impulsividade	Incapacidade de controlar emoções, comportamentos motores e de manter a atenção durante longos períodos de tempo.
<b>Subescalas</b>	
Emocionalidade Negativa	Incapacidade de controlar as emoções, reagindo às frustrações com comportamentos como gritar ou chorar.
Nível de Atividade	Capacidade de controlar comportamentos motores
Falta de Persistência em Tarefa	Incapacidade de manter a atenção durante períodos prolongados ou para manter a atenção

Outro modelo que tem vindo a ser bastante utilizado em trabalhos sobre o temperamento infantil é o Modelo de Temperamento de Rothbart e Derryberry (2000). Este modelo tem sido a base de vários instrumentos de avaliação dirigidos à idade pré-escolar. Este modelo sugere duas dimensões do temperamento que se relacionam entre si: Emocionalidade e Reatividade Atencional, que envolve a intensidade e o conteúdo da resposta da criança a estímulos internos e externos; e Capacidade de Auto-regulação, que envolve a capacidade da criança modelar ou controlar a sua reatividade para alcançar as exigências de uma situação (Rothbart & Derryberry, 2000; Sturn, 2004).

Para além destas, outras dimensões foram sendo propostas por diversos autores. Por exemplo, Thomas & Chess (1977, citado por Lochary, Wilson, Griffen & Coury, 1993)

propuseram nove dimensões do temperamento que foram base de vários estudos de temperamento infantil (Tabela 5).

Cinco das dimensões referidas por Thomas & Chess (1977, citado por Lochary, et al., 1993), foram utilizadas para categorizar as crianças como tendo um temperamento fácil ou difícil. Assim, crianças com temperamento difícil são caracterizadas como tendo tendência para o afastamento, demonstrando humor negativo, inadaptável, com alta intensidade e irregularidade. Por outro lado, crianças com temperamento fácil apresentam características pertencentes ao polo oposto destas dimensões. Estes autores identificaram ainda um terceiro tipo de temperamento, o “slow-to-warm-up”, que se caracteriza por tendências de afastamento em relação a novas situações, adaptação lenta, reações emocionais negativas de baixa intensidade, sendo muitas vezes identificadas como crianças “tímidas”.

## **Tabela 5**

### **Dimensões do temperamento infantil propostas por Thomas & Chess (1977)**

<b>Dimensões do temperamento</b>	<b>Definição</b>
Nível de atividade	Componente motor do funcionamento da criança; inclui a proporção de períodos de atividade e inatividade.
Aproximação- afastamento	Natureza da resposta inicial a novos estímulos, como a novas comidas, brinquedos, pessoas ou situações.
Humor	Comportamento agradável, alegre e amigável em relação ao comportamento desagradável e hostil.
Ritmicidade	Previsibilidade ou imprevisibilidade do funcionamento da criança.
Atenção – persistência	Período de tempo em que é exercida uma atividade e a capacidade de continuar a tarefa apesar dos obstáculos.
Capacidade de adaptação	Facilidade ou dificuldade em responder eficazmente a novas situações.
Límiar sensorial	Nível de estimulação requerida para evocar uma resposta.
Intensidade	Nível de energia envolvida numa resposta
Distração	Interferência de estímulos ambientais exógenos numa atividade

Adaptado de “Temperament as a predictor of behavior for conscious sedation in dentistry”, por M. Lochary, S. Wilson, A. Griffen e D. Coury, 1993, *Pediatric Dentistry*, 15 (5), p. 349.

**Temperamento e Qualidade do Sono Infantil.** Vários trabalhos têm estudado a associação entre a qualidade do sono e diferentes aspetos do temperamento. Weissbluth e Liu (1983) relataram que as crianças com um temperamento difícil dormiam menos do que crianças com temperamento fácil (Weissbluth & Liu, 1983), tendo estes resultados sido replicados por Sadeh, Lavie e Scher (1994 cit. por Scher et al., 1998). Da mesma forma, Zuckerman, Stevenson e Bailey (1987) demonstraram que crianças com 3 anos de idade, com problemas de sono persistentes, tinham mais acessos de raiva difíceis de gerir. Atkinson, Vetere e Grayson (1995), num estudo sobre influência do temperamento nos padrões de sono de crianças em idade pré-escolar, encontraram diferenças significativas no sono de crianças com e sem temperamento difícil, apontando para que crianças com temperamento difícil

tenham mais despertares noturnos. No geral, os estudos apontam para que crianças com temperamento difícil tenham mais problemas de sono (Weinraub et al. 2012).

Os estudos sobre o temperamento têm vindo a analisar a associação entre diferentes dimensões do temperamento e a qualidade de sono. Por exemplo, Tassel (1985, cit. Scher et al., 1998) encontrou que o humor negativo e a baixa capacidade de adaptação se associam a uma pior qualidade do sono. Scher e colaboradores (1998), que também estudaram essas associações, concluíram que o humor negativo se correlaciona com um adiamento da hora de dormir e uma menor duração do sono. Estudos com crianças pequenas têm vindo a demonstrar que crianças com problemas de sono têm um baixo limiar sensorial (e.g., Sadeh, Lavie e Scher, 1994, com uma amostra de crianças dos 9 aos 24 meses de idade) e que consequentemente podem ter um sono mais curto e irregular (Scher et al., 1998; Sadeh & Anders, 1993; Karraker, 2008). Por sua vez, Sadeh e Anders (1993), demonstraram que crianças irritáveis e hipersensíveis, também podem dormir por períodos de tempo mais curtos e de forma irregular. Thomas, Chess e Birch (1970) sugeriram que crianças com altos níveis de atividade tendem a sair das suas camas após serem colocados para dormir, atrasando o início do sono. Kagan, Reznick, Clarke, Snidman & Garcia-Coll (1984), num estudo sobre a inibição em crianças de quatro anos de idade, encontraram que crianças mais inibidas têm mais medos, pesadelos e despertares noturnos do que crianças não referenciadas.

Os resultados da investigação sobre o impacto do temperamento no sono infantil apresentam algumas inconsistências. Por um lado as definições de temperamento utilizadas nos estudos são diversas (Scher et al., 1998). Por outro lado, as investigações têm destacado diferentes dimensões do temperamento. Finalmente, verificam-se algumas inconsistências entre os resultados de estudos baseados em amostras normativas e os resultados encontrados com amostras clínicas (Scher et al., 1998). Por exemplo, Keener, Zeanah e Anders (1988), num estudo com uma amostra normativa, não encontraram diferenças temperamentais entre crianças que costumavam acordar de noite a chorar e as que não acordam durante noite. No entanto, Owens, Frank, Smith, Hagino, Spirito, Arrigan e Alario (1997), num estudo com uma amostra clínica, encontraram que crianças com características temperamentais negativas, como a emocionalidade instável, tinham níveis de perturbações do sono mais altos.

O desenvolvimento infantil é um aspeto particularmente importante quando se aborda a inconsistência dos resultados de estudos sobre o temperamento e a qualidade do sono, isto porque a organização do sono-vigília e a modulação do temperamento são dependentes da idade da criança, sendo que a inclusão de uma ampla faixa etária dentro de um grupo de estudo pode obscurecer os resultados (Scher et al., 1998). Importa referir a relevância dos

estudos longitudinais sobre a relação entre temperamento e qualidade do sono. A maioria dos estudos sobre essa relação tem-se focado essencialmente num período específico do tempo, estudando, por exemplo, a influência do temperamento no sono apenas em bebês (e.g., Scher et al., 1998), não permitindo averiguar se a idade da criança conduz a diferenças temperamentais que, por sua vez, terão impacto diferenciado no sono infantil. Os estudos longitudinais sobre a relação entre temperamento e qualidade do sono têm sugerido que o efeito do temperamento no sono da criança diminui com a idade (Weinraub et al., 2012).

De um modo geral, as associações entre temperamento e qualidade de sono têm sido de pequena magnitude (Scher et al., 1998). Os resultados da investigação não são consistentes e é necessário esclarecer o papel do temperamento no sono em crianças a partir dos 24 meses de idade, onde o impacto do temperamento no sono ainda é pouco estudado.

### **Impacto do Desenvolvimento no Sono Infantil**

A fenomenologia do sono e os padrões de sono mudam significativamente durante os primeiros anos de vida. O desenvolvimento e maturação do sono durante a infância é um processo dinâmico, influenciado por uma variedade de fatores fisiológicos (e.g., maturação fisiológica), genéticos (e.g., doença hereditária) e psicossociais (e.g., comportamentos parentais). Do ponto de vista fisiológico, a maturação de alguns sistemas fisiológicos leva a grandes alterações nos padrões de sono. Durante os primeiros tempos de vida da criança, verifica-se uma progressiva diminuição da duração do sono, diminuição do sono diurno e também alterações qualitativas, tornando-se os ciclos de sono REM e NREM mais longos à medida que a criança se desenvolve (Carskadon & Dement, 2011). Durante as primeiras 12 semanas de vida, começa a desenvolver-se a capacidade de regulação do sono e de controlar os estados internos de excitação para adormecer, sendo que, aos 9 meses, ocorre a consolidação do sono (Owens & Witmans, 2004).

Diversos autores têm assumido que as especificidades do desenvolvimento ao longo dos primeiros anos de vida também influenciam a qualidade do sono infantil, trazendo um conjunto de desafios ao estabelecimento de bons hábitos e padrões de sono. Por exemplo, com o aumento da compreensão do significado simbólico de objetos e o desenvolvimento da imaginação pode levar ao aumento de pesadelos. O desenvolvimento da autonomia também tem sido apontado como relevante na qualidade do sono, sendo que à medida que a criança se torna autónoma e independente pode-se tornar mais resistente ao deitar (Owens e Witmans, 2004; Iglowstein, et al., 2003). Scher e Asher (2004) também assumiram que o aparecimento de comportamentos de vinculação levam as crianças a sinalizar o perigo

quando percebem que as figuras de vinculação não estão por perto durante a noite, estando isto associado a uma pior qualidade do sono. Contudo, esta relação entre os marcos de desenvolvimento e a qualidade do sono da criança não tem sido propriamente explorada do ponto de vista empírico.

Os estudos longitudinais têm demonstrado que os problemas de sono infantil tendem a diminuir com a idade, principalmente nos primeiros anos de vida (Morrell & Steele, 2003; Morrell & Cortina-Borja, 2002). O padrão de redução demonstra alguma variabilidade individual, dependente de fatores intrínsecos (e.g., temperamento) e extrínsecos (e.g. comportamentos parentais) (Weinraub et al., 2012). Por outro lado, o impacto do temperamento no sono da criança parece diminuir com a idade, apontando para que os fatores associados às diferenças nos padrões e qualidade do sono sejam diferentes em diferentes fases do desenvolvimento (Weinraub et al., 2012). Finalmente, não está claro se aspetos específicos do desenvolvimento contribuem para esta diminuição.

Têm vindo a ser encontradas associações entre o nível de desenvolvimento e a qualidade de sono da criança, sendo que alguns autores sugerem que o progresso ao nível do desenvolvimento está associado a uma maior qualidade de sono. Neste sentido, Scher (2005a), encontrou que competências cognitivas de nível superior estavam associadas a padrões de sono mais regulados e menos fragmentados (Scher, 2005a). Num outro estudo, Scher (2005b) verificou que à medida que as crianças se desenvolvem a nível motor tornam-se mais resistentes ao deitar e têm mais despertares noturnos, sugerindo como possível justificação o facto de a cama poder condicionar fisicamente a locomoção e isso poder provocar frustração e choro.

Os estudos sobre a associação entre o desenvolvimento e a qualidade do sono infantil têm incidido especialmente sobre o impacto das perturbações do desenvolvimento no sono das crianças. As investigações têm encontrado que crianças com perturbações do desenvolvimento têm tendencialmente mais problemas de sono do que crianças com desenvolvimento típico, sendo mais propensas a experimentar um sono de menor duração, mais despertares noturnos e maior tempo de latência (Souders, Mason, Valladares, Bucan, Levy, Mendell, Weaver & Pinto-Martin, 2009; Patzold, Richdale & Tonge, 1998; Axelsson, Hill, Sadeh & Dimitriou, 2013). Especificamente em crianças com perturbação do espectro do autismo e em crianças com síndrome de asperger, vários autores apontam que as diferenças na prevalência e gravidade dos distúrbios do sono nestas crianças em relação às crianças com desenvolvimento típico se ficarão a dever a uma perturbação neurobiológica (e.g. Souders et al., 2009). Outros autores apontam para a possibilidade de os défices sociais

e de comunicação terem impacto na organização dos ciclos circadianos (e.g. Patzold, Richdale & Tonge, 1998). Outros atribuem estas diferenças aos elevados níveis de ansiedade típicos das crianças com perturbação do espectro do autismo (Richdale, 1999).

Krakowiak, Goodlin-Jones, Hertz-Piccioto, Croen & Hansen (2008), num estudo com uma amostra de crianças com perturbações do desenvolvimento, dos 2 aos 5 anos, verificaram que níveis de funcionamento cognitivo e adaptativo mais baixos se associavam com mais dificuldades relacionadas com o sono e com sono de menor duração. Assim, entre crianças com perturbações do desenvolvimento, o nível de desenvolvimento tem impacto no sono, levando a mais problemas de sono.

Por outro lado, Bonuck e Grant (2012) estudaram a relação entre cinco domínios do desenvolvimento (adaptativo, motor, cognitivo, linguagem e sócio-emocional) e problemas de sono e verificaram que existe uma relação entre problemas no domínio sócio-emocional e problemas de sono.

Alguns estudos sugerem que as dificuldades relacionadas com o sono em crianças com perturbações do desenvolvimento também tendem a diminuir com a idade (Hoffman, Gilliam, & Lopez-Wagner, 2006; Krakowak, et al., 2008). No entanto, Sivertsen, Posserud, Gillberg, Lundervold e Hysing (2012), num estudo longitudinal com crianças autistas encontraram evidências contrárias, sendo que os problemas de sono nessas crianças aumentaram com a idade.

Apesar das evidências relativas à associação entre qualidade do sono e desenvolvimento, não está claro se (1) a associação entre o sono e o desenvolvimento tem por base, simplesmente, alterações decorrentes da maturação fisiológica, (2) se o sono é influenciado por aspetos específicos do desenvolvimento da criança, (3) ou se existe qualquer outro tipo de relação (Ednick, Cohen & McPhail, 2009; Scher, 2005a). Na verdade, como se verifica pelos estudos descritos acima, à exceção da literatura sobre a associação entre as perturbações do desenvolvimento e os problemas de sono, a maior parte dos trabalhos abordam essencialmente o impacto do sono no desenvolvimento e não o contrário (Scher, 2004; Scher, 2005a; Petit & Montplaisir, 2012).

### **Impacto das Estratégias Parentais no Sono Infantil**

O impacto dos comportamentos parentais no sono infantil tem vindo a ser demonstrado em vários trabalhos (Sadeh et al., 2010). A maioria dos trabalhos sobre esta associação abordam essencialmente o impacto de estratégias relacionadas com o envolvimento parental no sono da criança. Estratégias como a presença dos pais no momento de adormecer a criança



(e.g., Mindell, Sadeh, Kohyama & How, 2010), embala-la (e.g., Toucheette, Petit, Paquet, Bovin, Japel, Tremblay & Montplaisir, 2005), alimentá-la durante a noite (Simard et al., 2008) e partilhar a cama com a criança (Owens, 2004), têm sido associadas a problemas de sono. O envolvimento parental tem sido associado a uma má consolidação do sono (Toucheette et al., 2005), a um sono de menor duração, maior dificuldade em adormecer e resistência ao deitar (Simard et al., 2008) e despertares noturnos (Mindell et al., 2010). Para alguns autores, o envolvimento parental é considerado um obstáculo à autorregulação da criança, podendo reduzir a aquisição de competências para se acalmar sozinha (Simard et al., 2008). Ao adotarem mais estratégias de conforto, os pais não promovem o desenvolvimento da auto-regulação do ciclo sono-vigília das crianças (Morrell & Steele, 2003).

Por outro lado, comportamentos parentais que promovam a autonomia da criança para adormecer (e.g., deixar que a criança adormeça sozinha ou coloca-la ainda acordada na cama), relacionam-se com uma maior qualidade do sono (Morrell & Cortina-Borja, 2002). Por exemplo, quando os pais utilizam estratégias que promovem a independência e o auto-conforto, estão a promover uma melhor consolidação do sono infantil e uma diminuição da duração dos despertares noturnos (Morrell & Cortina-Borja, 2002).

A utilização de rotinas de deitar consistentes também tem vindo a ser associada a uma maior qualidade do sono, sendo as estratégias mais recomendadas por pediatras aos pais cujos filhos têm problemas de sono (Sadeh, Mindell, Luedtke & Wiegand, 2009). Estratégias relacionadas com rotinas implicam que os pais e os filhos se envolvam nas mesmas atividades, pela mesma ordem todas as noites, antes de a criança adormecer (Sadeh & Sivan, 2009). Rotinas consistentes têm levado a reduções significativas dos problemas de sono das crianças, especialmente à redução de dificuldades em adormecer, de despertares noturnos e a um sono mais consolidado (Mindell, Telofski, Wiegand & Kurtz, 2009).

As estratégias parentais relacionadas com o sono dependem de vários factores, sendo os factores da criança os mais relevantes para este estudo.

**Temperamento e Estratégias Parentais Relacionadas com o Sono Infantil.** Alguns trabalhos têm apontado para um papel importante do temperamento nas estratégias que os pais adotam para apoiar o sono da criança (Morrell & Cortina-Borja, 2002). A maioria dos estudos têm encontrado associações especialmente entre temperamento difícil ou características temperamentais negativas e estratégias parentais de conforto no apoio ao sono da criança. Morrell e Cortina-Borja (2002) sugerem que os pais de crianças com temperamento difícil têm dificuldade em estabelecer limites, acabando por corresponder com

mais frequência à procura de conforto físico das crianças (e.g., prologam o período em que a criança dorme na cama dos pais) (Morrell & Cortina-Borja, 2002). Neste sentido, alguns autores têm apontado para que crianças com temperamento difícil provocam comportamentos parentais ativos e reconfortantes relacionados com o sono da criança, necessitando mais de condições especiais para dormir, como serem embalados ou partilhar a cama com os pais, do que crianças não referenciadas (Hayes, Parker, Sallinen & Davare, 2001). Hayes, Parker, Sallinen e Devane (2001), num estudo sobre partilha de cama, temperamento e problemas de sono em crianças dos 2 aos 6 anos, encontraram que crianças com características temperamentais negativas (e.g., baixa ritmicidade) tendem a partilhar a cama com os pais.

Van Tassel (1985 cit. por Staples & Bates, 2011) verificou que crianças com idades entre os 9 e os 21 meses, com níveis mais altos de emocionalidade negativa evocam comportamentos parentais quando têm dificuldades em adormecer e quando despertam durante a noite, levando a problemas de sono (Staples & Bates, 2011). Ainda neste sentido, Troxel, Trentacosta e Campbell (2013), num estudo sobre a associação entre vinculação, emocionalidade negativa e problemas de sono, com crianças em idade pré-escolar, encontraram que as crianças que expressam níveis elevados de emocionalidade negativa têm mais dificuldade em se auto-acalmar durante a noite, acabando por depender mais dos cuidadores que lhe proporcionam o conforto necessário para retomarem o sono.

Contudo, há trabalhos que sugerem que o temperamento infantil parece não ter impacto na forma como os pais apoiam o sono da criança (Atkinson, Vetere & Grayson, 1995). Atkinson e colaboradores (1995), apontam para que estratégias parentais têm impacto no sono da criança, independentemente do temperamento infantil. Nomeadamente, pais que não estabelecem limites adequados à criança (e.g., estabelecer rotinas na hora de deitar a criança), estão a facilitar o desenvolvimento de problemas de sono infantil, independentemente do temperamento da criança.

Perante alguma inconsistência nos resultados e tendo em conta a escassez de trabalhos sobre o impacto do temperamento nas estratégias parentais do sono, torna-se necessário estudar essa relação que permitirá uma maior compreensão dos problemas de sono infantis.

**Desenvolvimento e Estratégias Parentais Relacionadas com o Sono Infantil.** O papel do desenvolvimento infantil nas estratégias parentais relacionadas com o sono não tem sido muito estudado do ponto de vista empírico, existindo uma minoria de trabalhos que aborda esta associação. Contudo, a escassa literatura empírica aponta para que o desenvolvimento infantil tenha impacto nas estratégias parentais relacionadas com o sono

(Jenni, Fuhrer, Iglowstein, Molinari & Largo, 2005). Mudanças no desenvolvimento parecem ter impacto no tipo de estratégias parentais de apoio ao sono da criança, sendo que os pais podem mudar de estratégias de adormecer as crianças ao longo do desenvolvimento das mesmas (Hayes, Roberts & Stowe, 1998; Morrell & Cortina-Borja, 2002). Durante os primeiros meses de vida, as mães tendem a permitir que as crianças durmam consigo pois necessitam de ser amamentadas durante a noite, recorrendo desde cedo a estratégias de conforto (Hayes et al., 1998). As estratégias de conforto parecem persistir à medida que a idade da criança avança. Neste sentido, Jenni e colaboradores (2005) num estudo longitudinal sobre a partilha de cama entre pais e filhos durante os primeiros dez anos de vida, encontraram que durante o primeiro ano de vida poucas crianças dormiam na cama dos pais, tendo a partilha de cama entre pais e filhos aumentado à medida que a idade avançou. Por outro lado, Morrell e Cortina-Borja (2002) verificaram que à medida que a criança cresce as estratégias de conforto ativo (e.g., embalar, pegar ao colo) tendem a diminuir e as estratégias de conforto passivo (e.g., deitar-se com a criança) a aumentar. Mudanças no desenvolvimento de processos de separação (e.g., ansiedade de separação que depende do nível de desenvolvimento), podem contribuir para que os pais levem as crianças para a sua cama durante a noite (Jenni et al., 2005). Com o desenvolvimento das capacidades cognitivas podem aparecer medos noturnos, o que faz com que as crianças despertem durante a noite e com que os pais as levem para a sua cama para as acalmarem (Jenni et al., 2005).

Por outro lado, perturbações do desenvolvimento parecem ter impacto no tipo de estratégias que os pais utilizam para apoiar o sono da criança. Williams, Sears e Allard (2006), desenvolveram um programa com o qual pretendiam incentivar os pais de crianças autistas a utilizarem estratégias de rotinas e ambiente para apoiar o sono das crianças (e.g., horário regular para dormir, apagar as luzes, ler uma história antes da criança adormecer). No entanto, os pais acabaram por recorrer mais a estratégias de conforto (e.g., embalar a criança e levá-la para a cama dos pais), considerando-as mais eficazes que as de rotinas e ambiente, recorrendo menos frequentemente ao uso de uma história no momento de adormecer a criança. Os autores sugerem que o uso de uma história no momento de adormecer possa ser a estratégia a que os pais menos recorrem pelo facto de poder ser uma estratégia pouco adequada para crianças com linguagem limitada (Williams, Sears & Allard, 2006).

Perante os poucos trabalhos existentes sobre o impacto do desenvolvimento nos comportamentos parentais, torna-se importante explorar de forma sistemática o papel de diferentes dimensões do desenvolvimento da criança para os comportamentos parentais em diferentes momentos do desenvolvimento ao longo dos primeiros anos de vida.

## **Objetivos**

### **Objetivo Geral**

O objetivo geral deste trabalho é analisar o contributo de determinantes individuais para a qualidade do sono de crianças em idade pré-escolar e para as estratégias utilizadas pelos pais para apoiar o sono da criança.

### **Objetivos Específicos**

- Descrever a qualidade do sono da criança.
  - Descrever as estratégias parentais relacionadas com o sono.
  - Descrever as dimensões do temperamento das crianças participantes.
  - Descrever preocupações parentais sobre o desenvolvimento da criança.
- 
- **Estudo sobre o papel do temperamento na qualidade do sono de crianças**
    - Analisar as associações entre temperamento infantil e qualidade do sono das crianças.
    - Analisar as associações entre temperamento e as estratégias parentais relacionadas com o sono.
- 
- **Estudo sobre o papel do desenvolvimento na qualidade do sono de crianças**
    - Com a amostra total:

Analisar as associações entre preocupações parentais sobre o desenvolvimento da criança e a qualidade do sono da criança.

Analisar as associações entre preocupações parentais sobre o desenvolvimento da criança e as estratégias parentais relacionadas com o sono.
    - Com a subamostra:

Descrever o nível de desenvolvimento das crianças.

Analisar as associações entre o nível de desenvolvimento da criança e a qualidade do sono.

Analisar as associações entre o nível de desenvolvimento da criança e as estratégias parentais relacionadas com o sono.

## **Metodologia**

### **Desenho**

Neste estudo, foi adotado um desenho observacional, com propósitos descritivos e correlacionais.

### **Seleção e Caracterização da Amostra e Subamostra**

O recrutamento dos participantes foi realizado numa Instituição Particular de Solidariedade Social do concelho de Lisboa e num Jardim de Infância da rede pública. Foram distribuídos 295 protocolos de consentimento, dirigidos a pais/cuidadores de crianças dos 2 aos 6 anos. Apenas 196 pais/cuidadores (66,4%) devolveram os protocolos de consentimento e, destes, 35 (17,9%) recusaram participar no estudo. Assim, o protocolo do estudo foi enviado a 161 pais/cuidadores (82,1%). Destes, apenas 123 (75,2%) devolveram os conjuntos de questionários. Dos 123 conjuntos de questionários obtidos, 104 (84,6%) estavam completos e 19 (15,4%) estavam incompletos, mas foram validados (ou seja, faltava responder a algum/alguns questionários, tendo sido considerados os questionários desse conjunto que estavam devidamente preenchidos).

Assim, a amostra final foi constituída por 123 crianças, com idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos ( $M = 4$ ,  $DP = 1,24$ ). Nesta amostra, 61 crianças (49,6%) eram do sexo masculino. A maioria das crianças vivia com a mãe e com o pai (81,3%).

Relativamente às características dos pais/cuidadores das crianças desta amostra, as mães tinham idades compreendidas entre os 23 e os 48 anos ( $M=40$ ,  $DP=4,9$ ) e a idade dos pais variava entre os 26 e os 58 anos ( $M=38$ ,  $DP=5,7$ ). A maioria dos pais eram casados ou viviam maritalmente (72,4%). Uma percentagem elevada de pais tinha estudos de nível superior (mães: 60,2%; pais 48,8%). A maioria das mães e pais trabalhava por conta de outrem (mães: 64,2%; pais: 62,6%). A maior parte dos pais indicaram ter um ou dois filhos (84,5%). Para mais de metade dos pais, este era o primeiro filho (65,9%).

Relativamente à subamostra, esta foi constituída por 30 crianças, com idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos ( $M = 4,10$ ,  $DP = 1,4$ ). Nesta subamostra, 16 crianças (53,3%) eram do sexo masculino.

### **Instrumentos de Recolha de Dados**

**Questionário de sono da criança pequena (TPSQ).** Este instrumento inclui 20 itens, que se relacionam com a percepção parental sobre o sono da criança (opções de resposta: *não é um problema; é um problema moderado; é um problema severo*), os padrões de sono (horário de sono noturno, sono diurno, período de latência), os hábitos de sono (local de sono), os comportamentos parentais relacionados com o sono (regularidade do horário de dormir, utilização de rotinas de sono e estratégias usadas ao deitar) e as dificuldades relacionadas com o sono (resistência ao deitar, dificuldades para adormecer, despertares noturnos, pesadelo, terrores noturnos). Uma parte dos itens solicita o fornecimento de dados concretos (e.g. horário de dormir), enquanto que outra permite escolher de entre um conjunto de respostas possíveis, ainda uma terceira parte envolve uma escala de três pontos, de frequência semanal (raramente, 0-1 vez por semana; algumas vezes, 2-4 vezes por semana; muitas vezes, 5-7 vezes por semana). Os itens relativos aos problemas de sono organizam-se em três escalas (Tabela 6). Adicionalmente foi considerada uma variável de resistência ao deitar, composta pelos itens “A criança resiste a ir para a cama à noite?” e “Quanto tempo é que a criança demora a adormecer?” (Goes, 2013). Estas escalas revelaram características psicométricas razoáveis, variando o alfa de Cronbach entre .70 e .72 (Goes, 2013).

**Tabela 6**

**Escalas de organização dos itens relativos aos problemas de sono (Goes, 2013)**

Escalas	Descrição
Escala “dificuldades em adormecer”	Escala composta pela soma dos itens relacionados com as dificuldades da criança em adormecer à noite, período de latência até adormecer e resistência à hora de dormir.
Escala “despertares noturnos”	Escala composta pela soma dos itens que avaliam se a criança acorda durante a noite, o número de despertares noturnos e se durante a noite vai para a cama dos pais.
Escala “parassónias”	Escala composta pela soma de itens relacionados com as variáveis de pesadelos e de terrores noturnos

**Bateria de avaliação do temperamento infantil – forma revista (TABC-R).** O TABC-R destina-se a crianças dos 2 aos 7 anos de idade. Possui duas formas, uma destinada aos pais, com 37 itens, e outra para professores, composta por 29 itens. Neste estudo foi utilizada a versão para pais, que avalia temperamento infantil através de duas escalas principais: Escala de Inibição, que tem como objetivo medir a tendência da criança para

evitar situações sociais novas, hesitar em se aproximar de estranhos e ser cautelosa quando se envolve em novas tarefas e Escala de Impulsividade. Esta última é composta por um conjunto de três subescalas: Emocionalidade Negativa, que pretende medir a incapacidade para controlar as emoções, reagindo às frustrações com comportamento como gritar ou chorar; Nível de atividade, que mede a incapacidade para controlar comportamentos motores em situações que o requeiram e Falta de Persistência em Tarefa, que objetiva medir a incapacidade para a atenção durante períodos prolongados ou para aprender tarefas novas que envolvam alguma dificuldade. Este instrumento permite, também, identificar seis tipos de temperamento: *Inibido* (crianças que obtêm resultados elevados na Escala de Inibição e moderados na Escala de Impulsividade); *Emocionalidade Elevada* (crianças que obtêm resultados elevados na Escala de Inibição e na Escala de Impulsividade); *Impulsivo* (crianças com resultados elevados na Escala de Impulsividade); *Típico* (crianças que obtêm resultados moderados nas Escalas de Inibição e de Impulsividade); *Reservado* (crianças que obtêm resultados moderados nas Escalas de Inibição e baixos na Escala de Impulsividade); *Desinibido* (crianças com resultados baixos na Escala de Inibição e moderados na Escala de Impulsividade). As escalas de resposta têm por base a frequência em que determinado comportamento ocorre, numa escala de 7 pontos (1- *quase nunca*"; 2- *raramente*"; 3- *uma vez por outra*"; 4- *às vezes*"; 5- *várias vezes*"; 6- *muitas vezes*"; 7- *quase sempre*"). A cotação é feita de acordo com a mesma escala de 7 pontos, os valores de cada item são somados e o somatório é convertido em resultados T (média 50, desvio-padrão 10). Os estudos psicométricos revelaram resultados adequados. O nível de consistência interna é maioritariamente superior a 0.80 (Escala de Impulsividade com  $\alpha$  entre 0.80 e 0.95; Escala de Inibição com  $\alpha$  entre 0.64 e 0.86). O acordo entre avaliadores é elevado (na ordem dos 60% a 80%). As correlações entre as duas principais dimensões avaliadas (Impulsividade e Inibição) são baixas, com valores próximos de zero, o que demonstra que ambas as dimensões são independentes entre si (Almeida, Seabra-Santos & Major, 2010).

**Parent's Evaluation of Developmental Status (PEDS).** O PEDS é um instrumento de rastreio de problemas de desenvolvimento para crianças dos 0 aos 8 anos de idade. Este instrumento baseia-se em informação disponibilizada pelos pais, especificamente, as suas preocupações acerca do desenvolvimento e comportamento da criança. O PEDS pode ser preenchido por famílias com baixos graus de literacia, sendo fácil e rápido de preencher (cerca de 2 minutos), mas também de cotar (Glascoe, 2002; Glascoe, 2000).

Este questionário é formado por dez itens. Oito itens relacionados com os vários domínios: linguagem expressiva; linguagem recetiva; motricidade fina; motricidade grossa; comportamento; sócio afetivo; autonomia e pré-académico. As duas questões restantes são abertas, identificando preocupações mais globais. As preocupações dos pais são classificadas em preditivas e não preditivas de dificuldades relativamente ao desenvolvimento e comportamento da criança (Glascoe, 2002). Assim, para idades específicas existem preocupações específicas que são “preditivas” de risco de atraso de desenvolvimento e comportamento da criança. Com base no número e no tipo de preocupações referidas pelos pais, as crianças podem ser categorizadas em diferentes trajetórias de risco de problemas de desenvolvimento e comportamento (Tabela 7) (Glascoe, 2000).

**Tabela 7**

**Trajétórias de risco de problemas de desenvolvimento e comportamento (Glascoe, 2000)**

<b>Trajétória A</b> (duas ou mais preocupações preditivas)	Risco elevado de problemas de desenvolvimento.
<b>Trajétória B</b> (uma preocupação preditiva)	Risco moderado de problemas de desenvolvimento.
<b>Trajétória C</b> (uma ou mais preocupações não preditivas)	Risco baixo para problemas de desenvolvimento mas elevado para problemas de comportamento.
<b>Trajétória D</b> (sem preocupações, mas os pais têm dificuldades de comunicação u baixos níveis de literacia)	Risco moderado.
<b>Trajétória E</b> (sem preocupações)	Risco baixo para problemas de desenvolvimento e comportamento.

Os estudos psicométricos, revelaram resultados adequados (sensibilidade entre os 74 e os 79%, especificidade entre os 70 e os 80%, acordo entre observadores entre os 80% e os 100%, fidelidade teste-reteste 88% e nível de consistência interna  $\alpha = 0.81$ ) (Glascoe, 1997).

**Parent’s Evaluation of Developmental Status: Developmental Milestones Assessment Level (PEDS:DM Assessment Level).** PEDS:DM que é um instrumento de vigilância longitudinal e rastreio do desenvolvimento baseado em marcos do desenvolvimento, salientando as suas forças e dificuldades (Glascoe & Robersshaw, 2008).



Este instrumento permite, simultaneamente, fazer um rastreio e fornecer informação sobre as capacidades e dificuldades da criança em termos de desenvolvimento (Glascoe & Robersshaw, 2008). O PEDS:DM *Assessment Level* corresponde à versão extensa do PEDS:DM.

O PEDS:DM é um instrumento dirigido a crianças entre os 0 e os 7 anos de idade. É constituído por 6 a 8 itens por cada nível etário. Cada item relaciona-se com um dos diferentes domínios motricidade fina/grossa, autonomia, aprendizagem escolar, linguagem expressiva/recetiva, comportamento/sócio-emocional. A cotação desses itens é feita com base em critérios claros e específicos, apresentando pontos de corte que permitem detetar atrasos do desenvolvimento (Glascoe & Robersshaw, 2008). É um instrumento que permite estabelecer uma fronteira entre os limites mais baixos do desenvolvimento normal e os desempenhos abaixo do desenvolvimento normal, não sendo um descritor do desenvolvimento médio (Glascoe & Robersshaw, 2008). O PEDS:DM apresenta propriedades psicométricas positivas, apresentando níveis de sensibilidade e especificidade entre os 70% e 95% entre domínios e níveis etários (Glascoe & Robersshaw, 2008).

O PEDS:DM *Assessment Level* inclui os mesmos itens que o instrumento de rastreio, mas estes são apresentados como uma série contínua de tarefas para cada domínio, envolvendo diferente níveis de desenvolvimento. A sua administração pode ser feita por relato parental, em formato de entrevista, por observação ou por aplicação direta à criança. Os resultados podem ser traduzidos em pontuações equivalentes à idade, percentagem de competências por alcançar e percentagem de competências adquiridas. De acordo com as indicações dos autores, uma percentagem de competências por alcançar de 25% ou mais deve ser considerada elevada. Neste estudo foram utilizados os dois indicadores de dificuldades: percentagem de competências por adquirir e percentagem de competências por adquirir igual ou acima dos 25%.

**Questionário de estratégias relacionadas com o sono (PSSQ).** Este é um instrumento que permite recolher informação sobre as estratégias utilizadas pelos pais de crianças pequenas para as acalmar durante o momento de adormecer ou após um despertar noturno. Foi desenvolvido num estudo anterior sobre crenças parentais sobre o sono das crianças em idade pré-escolar (Chambel, 2013).

O questionário inicial incluía 33 itens, organizados de acordo com as estratégias parentais utilizadas para adormecer as crianças em três momentos diferentes: (1) estratégias utilizadas para adormecer as crianças durante a noite (e.g., “*Deito-o à mesma hora todas as noites*”; “*Envolve-o em atividades sossegadas antes de dormir (por exemplo, ouvir uma*

*história, fazer um puzzle*); (2) estratégias utilizadas para ajudar a criança a sossegar à hora de dormir (e.g., “*Embal-o*”; “*Dou-lhe o biberão ou outro alimento*”); (3) estratégias usadas quando a criança protesta à hora de dormir ou durante a noite (e.g., “*Espero um pouco para ver se sossega sozinho e adormece*”; “*Deito-me com ele na sua cama ou no quarto até que adormeça*”). As escalas de resposta têm por base a frequência em que determinado comportamento ocorre, numa escala de 5 pontos (1- *nunca*”; 2- *raramente*”; 3- *algumas vezes*”; 4- *muitas vezes*”; 5- *quase sempre*”) (Goes, 2013).

Nos estudos iniciais da estrutura dimensional do PSSQ, foram retidos apenas 21 itens, (Chambel, 2013). Para este estudo, foi repetida a análise fatorial, reunindo os dados da amostra do estudo anterior com os da amostra deste estudo. A análise fatorial revelou uma estrutura teoricamente semelhante, embora com uma composição ligeiramente diferente (*Anexo B*). Com esta análise, foram retidos 22 itens. A análise foi fixada a três fatores, encontrando-se uma solução com uma variância explicada de aproximadamente 47%. Os três fatores são denominados de Conforto, Apoio à regulação e Rotinas e ambiente.

O fator “Conforto” inclui as estratégias parentais que enfatizam a presença dos pais perto das crianças, durante o momento de as adormecer. Valores elevados nesta escala indicam uma maior utilização de estratégias de presença no momento de adormecer as crianças. O segundo fator “Apoio à regulação” envolve estratégias utilizadas para apoiar a regulação da criança (e.g. “falar baixinho” ou “contar uma história”). Valores mais elevados nesta escala, dizem respeito a uma menor utilização de estratégias de regulação por parte dos pais. O fator “Rotinas e ambiente” inclui estratégias relacionadas com o contexto de sono da criança, como rotinas, recurso a atividades sossegadas ou dar um boneco à criança. Resultados elevados nesta escala indicam uma utilização menos adaptativa do contexto como forma de apoiar o sono da criança (e.g. deixar a criança adormecer no sofá junto de um adulto) (Chambel, 2013).

**Questionário de informação sócio-demográfica.** Para recolher informação sobre as características sociodemográficas da criança e da família, foi utilizada uma ficha de caracterização sociodemográfica. No que respeita à criança, foi recolhida a seguinte informação: idade; data de nascimento; sexo; agregado familiar e ordem de fraternidade. Relativamente à família, foi recolhida informação sobre: situação conjugal; idade dos pais; escolaridade; situação profissional e número de filhos.

## **Procedimento de Recolha de Dados**

Numa fase inicial, foram apresentados os detalhes do estudo aos diretores dos locais onde foi feita a recolha de dados e foi pedida autorização para a realização do mesmo. Posto isto, foi solicitada a colaboração das educadoras de infância para fazerem chegar a informação sobre o estudo aos pais das crianças, através de uma carta com informações sobre o mesmo. Juntamente com essa informação, seguiu um protocolo de consentimento (Anexo x), no qual os pais deveriam confirmar a autorização para participação.

Após a devolução do protocolo de consentimento por parte dos pais, foi entregue um envelope com os respetivos instrumentos de avaliação para serem preenchidos pelos pais.

Depois do preenchimento e entrega dos questionários pelos pais, foi constituída uma subamostra, para a qual foram selecionadas aleatoriamente cerca de 25% das crianças que participaram no estudo (30 crianças), às quais foi administrado um instrumento de rastreio de problemas de desenvolvimento e comportamento (*PEDS:DM Assessment Level*). As educadoras foram informadas previamente relativamente aos momentos de aplicação do instrumento às crianças, que foi feita em contexto sala. No momento da administração do instrumento foi fornecida informação às crianças e pedida a sua colaboração.

### **Procedimento de Análise de Dados**

A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.

Antes de proceder às análises, foi necessário preparar a base de dados. Os dados omissos foram substituídos pela média individual na escala correspondente, foram invertidos alguns itens e criadas novas variáveis. Foram eliminados os questionários em que havia mais de três itens com dados omissos.

Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais, recorrendo a diferentes testes que foram selecionados em função dos objetivos, características das variáveis e verificação dos pressupostos.

Nas análises descritivas, a média foi a medida de tendência central utilizada na descrição de todos os resultados, tendo a mediana sido utilizada apenas na descrição dos itens relativos aos problemas de sono. Foram também utilizadas medidas de dispersão.

Nas análises estatísticas inferenciais, começou-se por testar o pressuposto da normalidade.

Assim, foram utilizadas análises paramétricas para as variáveis que cumpriam com o pressuposto da normalidade. Nesses casos utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson, para compreender a associação entre variáveis quantitativas.

Quando os pressupostos da normalidade não se verificaram, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman para analisar a associação entre variáveis quantitativas. Na análise de relações entre variáveis nominais com quantitativas, utilizou-se o Teste de Mann-Whitney com  $(\alpha) = 0.05$ .

## Resultados

### Qualidade do Sono das Crianças

As crianças desta amostra, apresentaram uma duração do sono entre 8 horas e 30 minutos e 12 horas ( $M = 10$  hr 10min,  $DP = 39$  min) durante a semana, enquanto que, durante o fim de semana, dormiam entre 7 horas e 30 minutos e 12 horas e 30 minutos ( $M = 10$  hr 23min,  $DP = 56$  min). Relativamente à hora de adormecer à noite, durante a semana as crianças adormeciam entre as 19 e as 23 horas ( $M = 21$  hr 39 min,  $DP = 35$  min), enquanto que, ao fim de semana, adormeciam entre as 20 e as 24 horas ( $M = 22$  hr 12 min,  $DP = 47$  min). No que respeita às horas de acordar, durante a semana variaram entre as 6 horas e 30 minutos e as 9 horas ( $M = 7$  hr 50 min,  $DP = 33$  min) e, ao fim de semana, entre as 6 horas e 30 minutos e as 11 horas e 30 minutos ( $M = 8$  hr 36 min,  $DP = 1$  hr 2 min). Durante a semana, as crianças dormiam sextas de, em média, 47 minutos ( $DP = 1$  hr), enquanto que ao fim-de-semana, o tempo médio era de 52 minutos ( $DP = 1$  hr 6 min).

Relativamente aos hábitos de sono, a maioria das crianças dormia num berço/cama em quarto separado (56.1%), outros dormiam num berço/cama no quarto com o irmão (30.9%), num berço/cama no quarto dos pais (5.7%), na cama dos pais (5.7%) ou noutro local (1.6%). A maioria dos pais afirmou que as crianças adormeciam sozinhas na própria cama (56.1%), mas outras adormeciam na cama com um adulto (25.2%), na cama com um adulto no quarto (15.4%), eram embaladas (1.6%), eram agarradas ao colo (0.8%) ou adormeciam enquanto comiam (0.8%). A grande maioria das crianças não necessitava de chucha para dormir (82.1%), nem de ter a luz acesa para adormecer (59.3%).

No que respeita aos problemas de sono (Tabela 8), as crianças demoravam em média 4 minutos a adormecer ( $DP = 8$  min), tendo alguns pais (48.8%) referido que as crianças não demoravam tempo a adormecer (0 min). Alguns pais referiram que, pelo menos algumas vezes, as crianças resistiam ao deitar (29%), tinham dificuldade em adormecer (27.9%), ou acordavam durante a noite (30.9%). A média do número de despertares noturnos foi de aproximadamente 1 por noite ( $DP = .75$ ). Após os despertares noturnos, as crianças demoravam cerca de 4 minutos a voltar a adormecer ( $DP = 8$  min). A grande maioria das crianças raramente tinha pesadelos (92.7%) e/ou terrores noturnos (91.9%). É de referir que a maioria dos pais (65.9%) afirmou que o sono do seu filho não era um problema, outros consideraram-no um pequeno problema (22.8%) e apenas 8.1% consideraram o sono da criança um problema muito grave.

Tabela 8

### Frequências absolutas e relativas dos itens relativos aos problemas de sono e mediana

	Raramente (0-1 vez p/semana < 20 minutos; <1) n (%)	Algumas vezes (2-4 vezes p/semana 20- 30 minutos; 1) n (%)	Muitas vezes (5-7 vezes p/semana > 30 minutos; >1) n (%)	Mdn
<b>Problemas de sono</b>				
<b>Dificuldades em adormecer</b>				7
A criança resiste a ir para a cama à noite (por exemplo, chora, faz birra, levanta-se)?	75(61)	33(26.8)	15(12.2)	
A criança tem dificuldade em adormecer à noite?	88(72.1)	26(21.3)	8(6.6)	
Período de latência do sono	114(92.7)	3(2.4)	5(4.9)	
<b>Despertares noturnos</b>				7
A criança acorda durante a noite?	85(65.1)	36(29.3)	2(1.6)	
A criança vai para a cama dos pais durante a noite?	83(67.5)	23(18.7)	17(13.8)	
Número de despertares noturnos	58(47.2)	65(52.9)	0(0)	
<b>Parassonias</b>				6
A criança acorda durante a noite a gritar, chorar, a suar e inconsolável	113(91.9)	10(8.1)	0(0)	
A criança acorda durante a noite assustada com um pesadelo?	114(92.7)	9(7.3)	0(0)	
<b>Resistência ao deitar</b>				6
A criança resiste a ir para a cama à noite (por exemplo, chora, faz birra, levanta-se)?	75(61)	33(26.8)	15(12.2)	
Período de latência do sono	114(92.7)	3(2.4)	5(4.9)	

### Temperamento Infantil

Ainda não existem trabalhos que tivessem derivado normas para a população portuguesa com o TABC-R. No entanto, os resultados obtidos nas dimensões Inibição e Impulsividade foram muito semelhantes aos encontrados na população americana (Tabela 9).

Tabela 9

### Características da amostra às quanto às dimensões do temperamento para a amostra deste estudo e para a Americana

Dimensões		Amostra Normativa (N=1036)				Amostra do Estudo (N=108)			
		M	SD	Mínimo	Máximo	M	SD	Mínimo	Máximo
<b>Inibição</b>									
	<b>Resultados Brutos</b>	26.52	9.72	9	62	26.26	10.52	8	55
	<b>T-Score</b>	50.00	9.98	30	82	49.18	10.55	31	79
<b>Impulsividade</b>									
	<b>Resultados Brutos</b>	90.81	23.23	39	183	91.02	19.85	50	163

<b>T-Score</b>	50.00	9.98	30	82	49.66	8.87	31	79
----------------	-------	------	----	----	-------	------	----	----

Nota: Amostra normativa adaptada de: “Temperament assessment battery for children – revised. A Tool for Assessment of Temperamental Traits and Types of Young Children”, por R. Martin, R. Bridger, 1999, p. 120.

## Desenvolvimento Infantil

**Preocupações parentais.** O número médio de preocupações dos pais desta amostra foi de 1.17 ( $DP = 1.29$ ), variando de zero a cinco preocupações. As preocupações mais frequentes são relativamente ao domínio comportamental, sócio-emocional e da linguagem expressiva (Tabela 10).

Nesta amostra, muitas crianças (60.2%) foram consideradas como estando em risco para desenvolver problemas de desenvolvimento ou comportamento (Tabela 10)<sup>1</sup>.

**Tabela 10**

### Distribuição das preocupações parentais pelos domínios e Trajetórias do PEDS

Domínio	Amostra Normativa (N=771)		Amostra Portuguesa (N=451)		Amostra do Estudo (N=123)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Global	30	3.9	6	1.3	5	4.1
Linguagem Expressiva	185	24.0	116	25.7	25	20.3
Linguagem Recetiva	65	8.4	56	12.4	9	7.3
Motricidade Fina	42	5.4	20	4.4	6	4.8
Motricidade Grossa	63	8.2	19	4.2	6	4.8
Comportamental	245	31.8	169	37.5	44	35.7
Sócio-emocional	148	19.2	130	23.8	31	25.2
Autonomia	71	9.2	48	10.6	12	9.8
Escolar	92	12.0	46	10.2	6	4.9
Outro	36	4.7	31	6.9	4	3.3

Trajetória	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Trajetória A	86	11.5	58	12.9	10	8.1
Trajetória B	180	24.2	116	25.7	33	26.8
Trajetória C	151	20.3	113	25.1	31	25.2
Trajetória E	328	44.0	164	36.4	49	39.8

Nota: Amostra normativa adaptada de *Collaborating with parents: using Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) to detect and address developmental and behavioral problems* (p. 107), by F. P. Glascoe, 2002, Nashville:

- I. Uma vez que o PEDS foi preenchido pelos pais em casa, não se utilizou o Trajetória D. Não houve comentários escritos absurdos ou contraditórios na resposta às preocupações e não seria possível explorar situações sem comentários escritos (um possível indicador de baixa instrução ou dificuldades de comunicação).

**Nível de desenvolvimento.** Nesta subamostra, o número médio de domínios em que se verificaram competências por adquirir foi de 1.63 ( $DP = 1.50$ ), variando de zero a cinco domínios em que os marcos do desenvolvimento não foram alcançados. Poucas crianças (30%) alcançaram os marcos do desenvolvimento em todos os domínios. A linguagem expressiva foi o domínio em que menos competências foram adquiridas (em 50% das crianças) e a motricidade grossa foi o domínio em que mais crianças alcançaram os marcos do desenvolvimento (apenas 3.3% das crianças não os atingiram) (Tabela 11).

De acordo com as indicações dos autores, uma percentagem de competências por alcançar de 25% ou mais deve ser considerada elevada. O número médio de domínios em que a percentagem de competências por adquirir foi elevada é de 0.5 ( $DP = 1.01$ ) domínios, variando entre zero e quatro domínios. A linguagem expressiva foi novamente o domínio em que mais crianças apresentaram percentagens elevadas de competências por adquirir. A maioria das crianças (73.3%) não apresentou percentagens elevadas de competências por adquirir (Tabela 11).

**Tabela 11**

**Distribuição e percentagem de crianças que atingiram e não atingiram os marcos de desenvolvimento e percentagem elevada de competências por adquirir, consoante o domínio.**

Domínio	Marcos do desenvolvimento alcançados		Marcos do desenvolvimento por alcançar		Percentagem de competências por adquirir $\geq 25\%$	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Linguagem Expressiva	15	50	15	50	4	13.3
Linguagem Recetiva	22	73.3	8	26.7	3	10
Motricidade Fina	22	73.3	8	26.7	2	6.7
Motricidade Grossa	29	96.7	1	3.3	1	3.3
Sócio-emocional	24	80	6	20	3	10
Autonomia	28	93.3	2	6.7	1	3.3
Escolar	15	62.5	9	37.5	2	8.3

### **Estratégias Parentais Relacionadas com o Sono**

Relativamente às estratégias que envolvem conforto ativo (e.g., embalar a criança) a tendência foi de pouco uso, enquanto que, relativamente às estratégias de conforto passivo



(e.g. deitar-se com a criança até que adormeça) foi de utilização moderada. A estratégia de conforto mais utilizada pelos pais desta amostra foi fazer festinhas ou dar a mão à criança para sossegar a criança à hora de dormir (40.7% fazem-no muitas vezes ou quase sempre) (Tabela 12).

No que respeita às estratégias relacionadas com rotinas e ambiente, verificou-se uma utilização muito elevada de estratégias relacionadas com a organização das rotinas e estruturação de ambiente de sono da criança (e.g., 89.8% dos pais usaram muitas vezes, ou quase sempre, rotinas à hora de dormir). Por outro lado, verificou-se um recurso muito inferior a estratégias desadaptativas relacionadas com ambiente, como a utilização da televisão ou adormecer num local diferente da cama (e.g., 64.8% dos pais afirmaram nunca deixar a criança adormecer no sofá junto de um adulto e 75% nunca deixam a televisão ligada na altura de sossegar a criança na hora de dormir) (Tabela 12)

Em relação às estratégias de apoio à regulação da criança, verificou-se uma utilização muito variável, sendo que, enquanto alguns pais recorriam quase sempre a este tipo de estratégias (e.g., 46.3% dos pais davam beijinhos aos filhos e depois saíam), outros nunca utilizaram estratégias de apoio à regulação (29.6% dos pais nunca falaram baixinho com os filhos e depois saíam) (Tabela 12).

**Tabela 12**

**Frequências de resposta em cada escala do questionário PSSQ**

Item	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Mín	Máx	Mdn (DP)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)			
<b>Escala de Conforto</b>						11	49	25 (9.1)
10.Faço-lhe festinhas ou dou-lhe a mão	19(17.6)	20(18.5)	25(23.1)	20(18.5)	24(22.2)			
9.Fico no quarto até que ele adormeça	36(33.3)	22(20.4)	12(11.1)	12(11.1)	26(24.1)			
8.Deito-me com ele até que adormeça	39(36.1)	26(24.1)	17(15.5)	5(4.6)	21(19.4)			
27.Sento-me junto dele e fico no quarto até que adormeça	16(14.8)	26(24.1)	33(30.6)	15(13.9)	18(16.7)			
24.Deito-me com ele na sua cama ou no quarto até que adormeça	32(29.6)	25(23.1)	24(22.2)	8(7.4)	19(17.6)			
16.Deito-o na minha cama	51(47.2)	29(26.9)	12(11.1)	6(5.6)	10(9.3)			
5.Embalo-o	67(62.0)	27(25.0)	26(24.1)	12(11.1)	2(1.9)			
6.Pego-lhe ao colo	38(35.2)	44(40.8)	17(15.7)	9(8.3)	0(0)			
30. Levo-o para a minha cama e deixo-o dormir lá	38(35.2)	32(29.6)	24(22.2)	5(4.6)	9(8.3)			
7.Dou-lhe biberão ou outro alimento	67(62.0)	17(15.8)	7(6.5)	7(6.5)	10(9.3)			
33.dou-lhe algum alimento ou bebida	69(63.9)	20(18.5)	14(13.0)	3(2.8)	2(1.9)			

**Escala de Apoio à Regulação** 6 25 15.0(4.8)

13inv.Falo baixinho com ele para o acalmar e depois saio	32(29.6)	21(19.4)	27(25.0)	13(12.0)	15(13.9)
15inv.Dou-lhe um beijinho e deixo-o sozinho	27(25.0)	8(7.4)	14(12.9)	9(8.3)	50(46.3)
14inv.Conto-lhe uma história e depois saio	21(19.4)	21(19.4)	29(26.9)	13(12.0)	24(22.2)
28inv.Vejo se está tudo bem rapidamente e volto a sair do quarto	25(23.1)	25(23.1)	32(29.6)	18(16.7)	8(7.4)
22inv. Espero um pouco para ver se sossega sozinho e adormece	12(11.1)	23(21.3)	28(25.9)	20(18.5)	25(23.1)

**Escala de Rotinas e ambiente** 6 26 9.0(4.3)

2inv.Uso uma rotina à hora de dormir	1(0.9)	2(1.9)	11(10.2)	26(24.1)	68(63.0)
3inv.Envolver-o em atividades sossegadas antes de dormir	5(4.6)	9(8.3)	22(20.4)	24(22.2)	48(44.4)
1inv.Deito-o à mesma hora todas as noites	1(0.9)	1(0.9)	9(8.3)	30(27.8)	67(62.0)
18.Deixo a televisão ligada	81(75.0)	7(6.5)	7(6.5)	6(5.6)	7(6.5)
4inv.Evito atividades agitadas antes de comer	2(1.9)	6(5.6)	16(14.8)	29(26.9)	55(50.9)
17.Deixo-o no sofá junto de um adulto	70(64.8)	18(16.7)	11(10.2)	4(3.7)	5(4.6)

## Temperamento e Qualidade do Sono

Foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre a dimensão impulsividade e a ocorrência de resistência ao deitar ( $r_s = .218$ ,  $p = .023$ ), apontando que crianças mais impulsivas são mais resistentes ao deitar. Foi também encontrada uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a subescala nível de atividade e ocorrência de resistência ao deitar ( $r_s = .218$ ,  $p = .023$ ), (Tabela 13).

**Tabela 13**

### Dimensões e subescalas do temperamento e qualidade do Sono

		Despertares Noturnos	Parassónias	Dificuldades em Adormecer	Resistência ao deitar	Duração do sono
<b>Dimensões</b>						
Inibição	$r_s$	.078	.092	.162	.050	-.107
Impulsividade	$r_s$	.035	-.064	.088	<b>.218*</b>	-.083
<b>Subescalas</b>						
Emocionalidade Negativa	$r_s$	.053	-.083	.118	.121	-.095
Nível de Atividade	$r_s$	.010	.182	.177	<b>.218*</b>	.042
Persistência	$r_s$	-.003	.025	-.019	.017	-.132

\* $p < 0.05$

## Temperamento e Estratégias Parentais

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre estratégias parentais relacionadas com o sono e a dimensão inibição do temperamento. Os resultados revelaram que os pais de crianças mais inibidas utilizam menos estratégias de apoio à regulação ( $r_s = .211, p = .032$ )<sup>2</sup> (Tabela 14).

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a subescala emocionalidade negativa e estratégias parentais relacionadas com o conforto ( $r = .202, p = .040$ ), revelando que pais de crianças que têm mais dificuldade em controlar as emoções tendem a utilizar mais estratégias de conforto na hora de adormecer as crianças (Tabela 14).

**Tabela 14**

### Temperamento e estratégias parentais relacionadas com o sono

	Conforto	Apoio à Regulação	Rotinas e Ambiente
<b>Dimensões</b>			
Inibição	$r = .073$	$r_s = .211^*$	$r_s = -.015$
Impulsividade	$r_s = .180$	$r_s = .098$	$r_s = .155$
<b>Subescalas</b>			
Emocionalidade negativa	$r = .202^*$	$r_s = .029$	$r_s = .094$
Nível de atividade	$r_s = .168$	$r_s = .045$	$r_s = -.014$
Persistência	$r = .093$	$r_s = .083$	$r_s = .058$

\* $p < 0.05$

## Desenvolvimento e Qualidade do Sono

**Idade da criança e qualidade do sono.** Foi encontrada uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a ocorrência de despertares noturnos e idade das crianças ( $r_s = -.264, p = .003$ ), sugerindo que à medida que as crianças se tornam mais velhas os despertares noturnos diminuem (Tabela 15).

**Tabela 15**

### Idade da criança e qualidade do sono

	Despertares Noturnos	Parassónias	Dificuldades em Adormecer	Resistência ao Deitar	Duração do Sono
<b>Idade da Criança</b>	$r_s$	$-.264^{**}$	$-.117$	$-.173$	$.007$

\*\*  $p < 0.01$

- II. Resultados elevados na escala de conforto correspondem a um maior uso dessas estratégias, enquanto que resultados mais elevados nas escalas de apoio à regulação e rotinas e ambiente correspondem a um menor uso dessas estratégias.

**Preocupações parentais.** Como se pode verificar na tabela 18, um maior número de preocupações parentais associou-se a uma menor duração do sono duração do sono ( $r_s = -.182, p = .044$ ), (Tabela 16).

**Tabela 16**

**Número de preocupações parentais e qualidade do sono**

		<b>Despertares Noturnos</b>	<b>Parassónias</b>	<b>Dificuldades em Adormecer</b>	<b>Resistência ao deitar</b>	<b>Duração do sono</b>
Número total de preocupações não preditivas	$r_s$	.074	.009	.119	.093	-.127
Número de preocupações preditivas	$r_s$	-.027	.165	.031	.013	-.124
Total de preocupações	$r_s$	.056	.088	.104	.069	<b>-.182*</b>

\* $p < 0.05$

Embora não tenham sido encontradas associações estatisticamente significativas entre preocupações parentais relativas a domínios específicos do desenvolvimento e qualidade do sono, a análise das medianas sugerem uma tendência para que, quando os pais reportam preocupações relativas ao domínio sócio-emocional e à autonomia, as crianças manifestem mais dificuldades em adormecer (Tabela 17).

**Tabela 17**

**Preocupações parentais e qualidade do sono.**

	<b>Despertares Noturnos</b>	<b>Parassónias</b>	<b>Dificuldades em Adormecer</b>	<b>Resistência ao deitar</b>	<b>Duração do sono</b>
	<i>Mdn</i>		<i>Mdn</i>		<i>Mdn</i>
Preocupações relativas ao domínio global/cognitivo?	Sim = 7,00 Não = 7,00 $U = 211,5$	<i>Mdn</i> Sim = 6,00 Não = 6,00 $U = 262,5$	Sim = 6,60 Não = 7,00 $U = 290,0$	<i>Mdn</i> Sim = 3,75 Não = 4,00 $U = 259,0$	Sim = 10:15 Não = 10:00 $U = 284,5$
Preocupações relativas à linguagem expressiva?	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 7,00 $U = 1206,5$	<i>Mdn</i> Sim = 6,00 Não = 6,00 $U = 1075,5$	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 7,00 $U = 1174,0$	<i>Mdn</i> Sim = 4,00 Não = 4,00 $U = 1049,5$	<i>Mdn</i> Sim = 10:00 Não = 10:17 $U = 1041,0$
Preocupações relativas à linguagem recetiva?	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 7,00 $U = 459,5$	<i>Mdn</i> Sim = 6,00 Não = 6,00 $U = 459,5$	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 7,00 $U = 499,0$	<i>Mdn</i> Sim = 4,00 Não = 4,00 $U = 459,0$	<i>Mdn</i> Sim = 10:00 Não = 10:12 $U = 403,0$

Preocupações relativas à motricidade fina?	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 7,00 <i>U</i> = 171,0	<i>Mdn</i> Sim = 6,00 Não = 6,00 <i>U</i> = 160,50	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 7,00 <i>U</i> = 171,0	<i>Mdn</i> Sim = 4,00 Não = 4,00 <i>U</i> = 166,5	<i>Mdn</i> Sim = 10:00 Não = 10:05 <i>U</i> = 146,0
Preocupações relativas à motricidade grossa?	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 7,00 <i>U</i> = 327,5	<i>Mdn</i> Sim = 6,00 Não = 6,00 <i>U</i> = 331,50	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 7,00 <i>U</i> = 265,5	<i>Mdn</i> Sim = 4,00 Não = 4,00 <i>U</i> = 283,5	<i>Mdn</i> Sim = 10:00 Não = 10:10 <i>U</i> = 345,5
Preocupações relativas ao comportamento?	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 7,00 <i>U</i> = 1708,0	<i>Mdn</i> Sim = 6,00 Não = 6,00 <i>U</i> = 1712,0	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 7,00 <i>U</i> = 1440,0	<i>Mdn</i> Sim = 4,00 Não = 4,00 <i>U</i> = 1390,0	<i>Mdn</i> Sim = 10:00 Não = 10:15 <i>U</i> = 1517,5
Preocupações relativas ao domínio sócio-emocional?	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 7,00 <i>U</i> = 1356,0	<i>Mdn</i> Sim = 6,00 Não = 6,00 <i>U</i> = 1419,5	<i>Mdn</i> Sim = 6,00 Não = 7,00 <i>U</i> = 1093,5	<i>Mdn</i> Sim = 4,00 Não = 4,00 <i>U</i> = 1150,5	<i>Mdn</i> Sim = 10:00 Não = 10:15 <i>U</i> = 1330,0
Preocupações relativas à autonomia?	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 7,00 <i>U</i> = 615,0	<i>Mdn</i> Sim = 6,00 Não = 6,00 <i>U</i> = 646,5	<i>Mdn</i> Sim = 6,00 Não = 7,00 <i>U</i> = 574,5	<i>Mdn</i> Sim = 4,00 Não = 4,00 <i>U</i> = 544,0	<i>Mdn</i> Sim = 10:30 Não = 10:00 <i>U</i> = 467,5
Preocupações relativas ao domínio escolar?	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 7,00 <i>U</i> = 288,0	<i>Mdn</i> Sim = 6,00 Não = 6,00 <i>U</i> = 312,0	<i>Mdn</i> Sim = 6,50 Não = 7,00 <i>U</i> = 312,5	<i>Mdn</i> Sim = 4,00 Não = 4,00 <i>U</i> = 346,0	<i>Mdn</i> Sim = 10:00 Não = 10:15 <i>U</i> = 7245,5
Preocupações relativas a outros domínios?	<i>Mdn</i> Sim = 6,50 Não = 7,00 <i>U</i> = 151,5	<i>Mdn</i> Sim = 6,00 Não = 6,00 <i>U</i> = 199,0	<i>Mdn</i> Sim = 5,50 Não = 7,00 <i>U</i> = 137,0	<i>Mdn</i> Sim = 3,50 Não = 4,00 <i>U</i> = 184,0	<i>Mdn</i> Sim = 10:30 Não = 10:00 <i>U</i> = 210,0

Embora não tenham sido encontradas associações estatisticamente significativas entre trajetórias de risco e qualidade do sono, a análise das medianas sugerem uma tendência para que, crianças classificadas na trajetória A+B tendem a ser mais resistentes ao deitar (Tabela 18).

**Tabela 18****Trajetórias de risco e qualidade do sono.**

Problemas de sono	Trajetória	<i>U</i>	<i>Mdn</i>
Dificuldades em adormecer	A+B	1653,5	4,00
	C+E		4,00
Despertares noturnos	A+B	1646,0	3,00
	C+E		3,00
Parassónias	A+B	1557,5	2,00
	C+E		2,00
Resistência ao deitar	A+B	1712,5	3,00
	C+E		2,00
Duração do sono	A+B	1507,5	10:00
	C+E		10:17

**Nível de desenvolvimento.** Foi ainda encontrada uma associação negativa, estatisticamente significativa, entre o número de domínios do desenvolvimento com competências por adquirir e a duração do sono ( $r_s = -.424$ ,  $p = .022$ ). (Tabela 19).

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o número de domínios com uma percentagem elevada de competências por adquirir e as dificuldades em adormecer ( $r_s = .480$ ,  $p = .007$ ) e a resistência ao deitar ( $r_s = .442$ ,  $p = .014$ ). (Tabela 19).

**Tabela 19****Número de domínios com competências por adquirir e qualidade do sono**

		Despertares Noturnos	Parassónias	Dificuldades em Adormecer	Resistência ao deitar	Duração do sono
Número de domínios em que se verificaram competências por adquirir	$r_s$	.199	-.019	.216	.196	-.424*
Número de domínios em que a % de competências por adquirir foi $\geq 25\%$	$r_s$	.209	.025	.480**	.442*	.297

\* $p < 0.05$

\*\* $p < 0.01$

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a ocorrência de despertares noturnos e a percentagem de competências por adquirir no domínio da linguagem recetiva ( $r_s = .397$ ,  $p = .030$ ) e da motricidade fina ( $r_s = .366$ ,  $p = .046$ ). Adicionalmente, uma percentagem mais elevada de competências por alcançar no domínio socio-emocional associou-se a uma maior ocorrência de resistência ao deitar ( $r_s = .373$ ,  $p = .043$ ) a uma menor duração do sono ( $r_s = -.367$ ,  $p = .046$ ) (Tabela 20).

**Tabela 20****Percentagem de competências por adquirir e qualidade do sono.**

Percentagem de competências por adquirir por domínio		Despertares Noturnos	Parassónias	Dificuldades em Adormecer	Resistência ao deitar	Duração do sono
Linguagem expressiva	$r_s$	.248	-.157	.121	.108	-.263
Linguagem recetiva	$r_s$	<b>.397*</b>	-.112	.329	.324	-.148
Motricidade fina	$r_s$	<b>.366*</b>	-.018	.302	.261	-.060
Motricidade grossa	$r_s$	-.211	-.092	.138	.220	.000
Sócio-emocional	$r_s$	.015	.148	.358	<b>.373*</b>	<b>-.367*</b>
Autonomia	$r_s$	.085	-.133	-.086	-.069	-.325
Escolar	$r_s$	-.086	-.042	-.030	-.053	-.289

\* $p < 0.05$

## Desenvolvimento e Estratégias Parentais

Não foram encontradas associações entre idade da criança e estratégias parentais relacionadas com o sono (Tabela 21).

**Tabela 21**

### Idade e estratégias parentais relacionadas com o sono

		Conforto	Apoio à regulação	Rotinas e ambiente
Idade da criança	$r_s$	-.121	-.037	-.062

**Preocupações parentais.** Não foram encontradas associações entre o número de preocupações parentais relativas ao desenvolvimento da criança e estratégias parentais relacionadas com o sono (Tabela 22).

**Tabela 22**

### Número de preocupações parentais e estratégias parentais relacionadas com o sono

		Conforto	Apoio à regulação	Rotinas e ambiente
Número de preocupações não preditivas	$r_s$	-.001	-.065	.126
Número de preocupações preditivas	$r_s$	-.008	.060	-.023
Total de preocupações parentais	$r_s$	-.007	-.009	.078

Embora não tenham sido encontradas associações estatisticamente significativas entre a existência ou não de preocupações parentais relativas a domínios específicos do desenvolvimento e estratégias relacionadas com o sono, a análise das medianas sugerem uma tendência para que, quando os pais reportam preocupações relativas ao domínio sócio-emocional, utilizem menos estratégias de conforto e quando manifestam preocupações relativas à autonomia e linguagem receptiva, utilizem menos estratégias de rotinas e ambiente. Do mesmo modo, sugerem que os pais que reportam preocupações relativas ao domínio da linguagem recetiva, utilizam menos estratégias de apoio à regulação (Tabela 23).

**Tabela 23**

**Preocupações parentais e estratégias parentais relacionadas com o sono**

	<b>Conforto</b>	<b>Apoio à regulação</b>	<b>Rotinas e ambiente</b>
	<i>Mdn</i>		<i>Mdn</i>
Preocupações relativas ao domínio global/ cognitivo?	Sim = 20,0 Não = 25,0 <i>U</i> = 112,5	<i>Mdn</i> Sim = 13,0 Não = 15,0 <i>U</i> = 122,0	Sim = 12,0 Não = 9,0 <i>U</i> = 143,5
Preocupações relativas à linguagem expressiva?	<i>Mdn</i> Sim = 22,5 Não = 25,0 <i>U</i> = 878,00	<i>Mdn</i> Sim = 16,0 Não = 15,0 <i>U</i> = 925,0	<i>Mdn</i> Sim = 7,0 Não = 9,0 <i>U</i> = 737,5
Preocupações relativas à linguagem recetiva?	<i>Mdn</i> Sim = 28,5 Não = 25,0 <i>U</i> = 332,0	<i>Mdn</i> Sim = 18,0 Não = 15,0 <i>U</i> = 307,0	<i>Mdn</i> Sim = 13,0 Não = 9,0 <i>U</i> = 305,5
Preocupações relativas à motricidade fina?	<i>Mdn</i> Sim = 24,85 Não = 25,00 <i>U</i> = 133,5	<i>Mdn</i> Sim = 15,00 Não = 15,00 <i>U</i> = 128,0	<i>Mdn</i> Sim = 7,00 Não = 9,00 <i>U</i> = 126,0
Preocupações relativas à motricidade grossa?	<i>Mdn</i> Sim = 23,42 Não = 25,00 <i>U</i> = 266,0	<i>Mdn</i> Sim = 16,50 Não = 15,00 <i>U</i> = 269,0	<i>Mdn</i> Sim = 13,50 Não = 9,00 <i>U</i> = 232,5
Preocupações relativas ao comportamento?	<i>Mdn</i> Sim = 25,00 Não = 25,00 <i>U</i> = 1301,5	<i>Mdn</i> Sim = 14,00 Não = 16,00 <i>U</i> = 1252,0	<i>Mdn</i> Sim = 9,00 Não = 8,00 <i>U</i> = 1109,5
Preocupações relativas ao domínio sócio-emocional?	<i>Mdn</i> Sim = 20,00 Não = 25,00 <i>U</i> = 801,0	<i>Mdn</i> Sim = 15,00 Não = 15,00 <i>U</i> = 977,50	<i>Mdn</i> Sim = 9,00 Não = 9,00 <i>U</i> = 907,50
Preocupações relativas à autonomia?	<i>Mdn</i> Sim = 27,00 Não = 24,92 <i>U</i> = 430,0	<i>Mdn</i> Sim = 13,00 Não = 15,50 <i>U</i> = 335,5	<i>Mdn</i> Sim = 12,00 Não = 9,00 <i>U</i> = 418,0



	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>
Preocupações relativas ao domínio escolar?	Sim = 23,00 Não = 25,00 <i>U</i> = 153,5	Sim = 15,00 Não = 15,00 <i>U</i> = 153,0	Sim = 14,00 Não = 9,00 <i>U</i> = 101,5
Preocupações relativas a outros domínios?	Sim = 33,50 Não = 25,00 <i>U</i> = 53,5	Sim = 17,50 Não = 15,00 <i>U</i> = 66,0	Sim = 9,00 Não = 9,00 <i>U</i> = 97,0

Não foram encontradas associações entre trajetória e estratégias parentais relacionadas com o sono (Tabela 24).

**Tabela 24**

**Trajетória de risco e estratégias parentais relacionadas com o sono**

Estratégias Parentais	Trajетória	<i>U</i>	<i>Mdn</i>
Conforto	A+B	1238,50	24,85
	C+E		25,00
Apoio à regulação	A+B	1292,0	15,00
	C+E		15,00
Rotinas e ambiente	A+B	1181,00	8,00
	C+E		9,00

**Nível de desenvolvimento.** Não foram encontradas associações entre número de domínios em que se verificaram competências por adquirir e estratégias parentais (Tabela 25).

**Tabela 25**

**Número de domínios em que se verificaram competências por adquirir e estratégias parentais**

	Conforto	Apoio à regulação	Rotinas e ambiente
Número de domínios em que se verificaram competências por adquirir $r_s$	.325	.105	.053
Número de domínios em que a % de competências por adquirir $\geq 25\%$	.253	.180	.043

Também não foram encontradas associações entre a percentagem de competências por adquirir em cada domínio e as estratégias parentais relacionadas com o sono (Tabela 26).

**Tabela 26****Porcentagem de competências por adquirir em cada domínio e estratégias parentais**

% de competências por adquirir por domínio		Conforto	Apoio à regulação	Rotinas e ambiente
Linguagem expressiva	$r_s$	.261	.046	.046
Linguagem recetiva	$r_s$	.310	.172	.156
Motricidade fina	$r_s$	.229	.077	.061
Motricidade grossa	$r_s$	.079	-.136	-.126
Sócio-emocional	$r_s$	.143	.035	-.034
Autonomia	$r_s$	.143	-.274	.195
Escolar	$r_s$	.271	.251	.186

**Qualidade do Sono e Estratégias Parentais**

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre problemas de sono e estratégias parentais relacionadas com o sono. Crianças cujos pais utilizam estratégias de conforto no momento de adormecer a criança têm mais despertares noturnos ( $r_s = .580, p < .001$ ), mais parassónias ( $r_s = .277, p = .004$ ), mais dificuldade em adormecer ( $r_s = .422, p < .001$ ), são mais resistentes ao deitar ( $r_s = .407, p < .001$ ) e têm um sono de menor duração ( $r_s = -.304, p = .001$ ). Pais que utilizam menos estratégias relacionadas com as rotinas e o ambiente, têm crianças com mais despertares noturnos ( $r_s = .375, p < .001$ ), mais parassónias ( $r_s = .220, p = .022$ ), mais dificuldades em adormecer ( $r_s = .335, p < .001$ ) e mais resistência ao deitar ( $r_s = .326, p = .001$ ). Crianças cujos pais utilizam menos estratégias de apoio à regulação têm mais despertares noturnos ( $r_s = .325, p = .001$ ), mais dificuldades em adormecer ( $r_s = .301, p = .002$ ), são mais resistentes ao deitar ( $r_s = .261, p = .006$ ) e têm um sono de menor duração ( $r_s = -.244, p = .011$ ) (Tabela 27).

**Tabela 27****Qualidade do sono e estratégias parentais**

		Despertares Noturnos	Parassónias	Dificuldade em Adormecer	Resistência ao Deitar	Duração do Sono
Conforto	$r_s$	.580**	.277**	.422**	.407**	-.304**
Rotinas e Ambiente	$r_s$	.375**	.220*	.335**	.326**	-.117
Apoio à Regulação	$r_s$	.325**	.144	.301**	.261**	-.244*

\* $p < 0.05$ \*\* $p < 0.01$

## **Discussão**

Este estudo abordou a relação entre os determinantes individuais e a qualidade do sono de crianças em idade pré-escolar. Os resultados apoiam a importância de algumas características temperamentais para a qualidade do sono e estratégias que os pais utilizam para apoiar o sono da criança. Adicionalmente, o nível de desenvolvimento da criança também revelou associações com a qualidade do sono, mas não com as estratégias parentais relacionadas com o sono.

### **Qualidade do Sono**

No que refere aos padrões de sono, foi encontrada uma duração do sono ( $M = 10$  hr 10 min) um pouco menor da que é encontrada em estudos europeus (e.g. Iglowsteins, et al., 2003). No entanto, os nossos resultados são consistentes com os de outras amostras portuguesas, em que as crianças em idade pré-escolar dormem cerca de 10 horas por noite (e.g., Goes, 2013). De forma consistente com Goes (2013), verificámos que uma porção importante de crianças (cerca de 27%) dorme menos de 10 horas. Atendendo a que a curta duração do sono tem impacto no bem-estar geral das crianças (Touchette, et al., 2007), os dados deste estudo refletem a importância dos pais conhecerem o número de horas de sono aconselhadas para a idade dos filhos. Assim, articulando o que é recomendado com as necessidades da própria criança, poderão reduzir o impacto negativo deste problema.

Relativamente aos problemas de sono, os resultados encontrados mostraram que as dificuldades de sono nesta amostra eram comuns, apresentando uma frequência idêntica à de outros trabalhos (Owen, 2008). Por outro lado, a percentagem de pais que reconhecia a existência de dificuldades de sono nas crianças foi mais baixa do que a encontrada em estudos internacionais (e.g., Sadeh et al., 2011), mas foi mais alta do que a encontrada em alguns estudos portugueses (Goes, 2013). Estes dados sugerem que apesar de parecer haver um maior reconhecimento parental dos problemas de sono, este ainda não é suficiente. Torna-se importante disponibilizar informação e aconselhamento parental sobre o sono infantil de forma mais alargada, para que os pais possam detetar precocemente esses problemas. Perante a incapacidade de alguns pais em reconhecerem as dificuldades de sono das crianças, torna-se fundamental intervir de modo a detetar esses problemas, ao invés de esperar que os pais os sinalizem.

### **Estratégias Parentais Relacionadas com o Sono**

Relativamente aos hábitos de sono da criança e aos comportamentos parentais relacionados com o sono, verificou-se que a maioria dos pais impunha rotinas na hora de dormir e deitavam as crianças todas as noites à mesma hora. As estratégias parentais relacionadas com rotinas e ambiente foram as mais utilizadas pelos pais desta amostra. A maioria das crianças adormeciam sozinhas na própria cama e dormiam na sua própria cama, no entanto muitas crianças adormeciam na presença de um adulto (e.g., no quarto com um adulto ou na cama com um adulto) e iam para a cama dos pais frequentemente durante a noite. Ainda é de referir que houve um recurso moderado a estratégias de conforto pelos pais desta amostra. Assim, por um lado, os dados revelam comportamentos parentais relacionados com os hábitos de sono da criança consistentes com os recomendados para o estabelecimento de bons hábitos de sono, sendo que a implementação de uma rotina de sono, uma hora fixa de dormir e encorajar a criança a adormecer e a dormir na sua própria cama, são estratégias facilitadoras do sono infantil (Owens, 2004, Sadeh, 2009). Por outro, muitas crianças desta amostra ainda necessitavam da presença de um adulto para dormir e algumas tendiam a ir para a cama dos pais frequentemente. Importa ter presente que a partilha de cama com os pais tende a ser frequente durante a infância (Jenni, 2005), no entanto, acaba por prejudicar a qualidade de sono da criança (e.g., ansiedade relacionada com o sono, sonolência diurna) (Liu, Liu & Wang, 2003). De uma perspetiva preventiva, os pais devem ser informados antecipadamente das consequências da partilha de cama até uma idade mais avançada. Quando essa prática já está estabelecida, é importante fornecer informação aos pais sobre as estratégias que podem adotar para terminar com a partilha de cama, pois muitos podem não experimentar mudá-la por não saberem como enfrentar os filhos na hora de dormir.

### **Temperamento, Qualidade do Sono e Estratégias Parentais Relacionadas com o Sono**

Os resultados deste estudo revelaram que o temperamento tem um impacto significativo nos problemas de sono, embora as correlações sejam fracas. Os resultados revelaram que crianças mais impulsivas e, especificamente, com níveis mais elevados de atividade evidenciavam mais resistência ao deitar. Este achado é consistente com estudos anteriores que indicam que crianças com altos níveis de atividade tendem a sair mais das suas camas após serem colocadas para dormir, resistindo ao dormir (Thomas, Chess & Berch, 1970). De forma inconsistente com outros estudos com crianças em idade pré-escolar (e.g., Kagan et al., 1984), não se verificou o efeito da inibição nos problemas de sono. Também de forma inconsistente com outros estudos que exploraram a associação entre características negativas do temperamento e problemas de sono em crianças em idade pré-escolar (Atkinson

et al., 1995), não encontramos relação entre características do temperamento e despertares noturnos.

Algumas características temperamentais foram associadas a comportamentos parentais relacionados com o sono infantil. De forma consistente com os resultados de Trentacosta e Campbell (2013), que encontraram que crianças com níveis mais elevados de emocionalidade negativa tinham mais dificuldade em se acalmarem durante a noite, acabando por depender mais do conforto parental para retomarem o sono, neste estudo encontramos que pais de crianças com níveis mais elevados de emocionalidade negativa tendiam a utilizar mais estratégias de conforto. Por outro lado, os resultados apontaram que pais de crianças mais inibidas utilizavam menos estratégias de apoio à regulação. A investigação não tem estabelecido associações entre inibição e estratégias parentais de apoio à regulação. Contudo, a investigação no domínio da ansiedade tem mostrado que crianças com níveis mais elevados de inibição acabam por depender mais da figura materna, que por sua vez tendem a corresponder a essa necessidade (Kagan et al., 1984). Da mesma forma, no caso do sono, há possibilidade de que as crianças com estas características dependam mais de estratégias relacionadas com o envolvimento parental no apoio ao sono da criança. De forma consistente, estudos têm apontado para que ao adotarem mais estratégias de conforto no apoio ao sono das crianças, os pais não promovem o desenvolvimento da auto-regulação do sono dos filhos (Morrell & Steele, 2003). Portanto não é surpreendente que características negativas do temperamento sejam associadas a menos uso de estratégias de apoio à regulação por parte dos pais.

De um modo geral, importa considerar que, por si só, na idade pré-escolar, o momento de adormecer a criança e todas as interações em torno do sono colocam os pais à prova, devido à sua tendência em testar limites. Quando se trata de crianças em idade pré-escolar e com características temperamentais negativas, as interações em torno do sono da criança podem ser bastante desafiantes para os pais. No seu conjunto, ao demonstrarem a importância de algumas características do temperamento para os problemas de sono e para as estratégias parentais relacionadas com o sono, os nossos resultados reforçam a importância de antecipar dificuldades e adotar estratégias preventivas. A intervenção pode passar pelo aconselhamento e educação parental para controlar o efeito do temperamento na qualidade do sono, permitindo aos pais adaptarem o seu comportamento às características temperamentais da criança nas interações em torno do sono e, consequentemente, melhorar a qualidade do sono.

### **Desenvolvimento, Qualidade do Sono e Estratégias Parentais Relacionadas com o Sono**

De forma consistente com os resultados de trabalhos anteriores (e.g., Morrell & Steele, 2003; Weinraub et al., 2012; Owens, 2010), os resultados deste estudo revelaram que o desenvolvimento se relaciona com a qualidade do sono da criança. Vários estudos têm vindo a estudar a associação entre idade e problemas de sono. Assim, de forma consistente com estudos longitudinais que apontam para que problemas de sono infantil tendem a diminuir com a idade (e.g., Morrell & Steele, 2003; Morrell & Cortina-Borja, 2002), os nossos resultados revelaram que crianças mais velhas tinham menos despertares noturnos. Os estudos têm demonstrado que o padrão de redução dos problemas de sono com a idade apresenta alguma variabilidade individual (Weinraub, et al., 2012). No entanto, falta saber se essa redução se explica apenas com base em indicadores de maturação fisiológica ou se há aspetos específicos do desenvolvimento que contribuam para explicar a variabilidade.

A investigação não tem estabelecido se os efeitos do desenvolvimento nos problemas de sono são específicos, consoante o desenvolvimento em cada domínio, ou gerais, consoante o desenvolvimento em geral. Por um lado, os nossos resultados demonstram associações entre o desenvolvimento geral e os problemas de sono. De forma consistente com Krakowiak et al., (2008), que verificaram que, em crianças dos 2 aos 5 anos, níveis de desenvolvimento cognitivo e adaptativo mais baixos se associavam a mais dificuldades de sono e a um sono de menor duração, os nossos resultados revelaram que crianças cujos pais manifestavam preocupações em relação a um maior número de domínios do desenvolvimento infantil tinham um sono de menor duração. De forma consistente com estes dados, encontrámos também, na subamostra, que crianças com um maior número de domínios em que os marcos do desenvolvimento não foram alcançados tinham um sono de menor duração. Adicionalmente, quanto mais domínios com uma percentagem significativa de competências por adquirir, mais dificuldades as crianças tinham ao adormecer.

Por outro lado, os nossos resultados sugerem associações entre o desenvolvimento em domínios específicos e problemas de sono. De forma consistente com Bonuck e Grant (2012), que encontraram associações entre problemas no desenvolvimento sócio-emocional e problemas de sono, os nossos resultados revelaram que crianças com maior percentagem de competências por adquirir no domínio sócio-emocional tinham um sono de menor duração e eram mais resistentes ao deitar. Neste estudo encontramos também que crianças com maiores percentagens de competências por adquirir no domínio da linguagem recetiva ou da motricidade fina têm mais despertares noturnos. Relativamente à linguagem recetiva, os resultados vão de encontro ao sugerido por Patzold e colaboradores (1998), de que défices na comunicação possam ter impacto na organização dos ciclos circadianos.

No seu conjunto, os resultados reforçam a importância de explorar o papel do desenvolvimento nos problemas de sono, uma vez que a maioria dos trabalhos sobre a associação entre o desenvolvimento e sono exploraram o impacto do sono no desenvolvimento da criança e não o contrário. Por outro lado, é importante continuar a estudar o impacto do desenvolvimento no sono infantil pois a maioria das investigações têm como base amostras de crianças com idades até aos 24 meses, tornando-se fulcral esclarecer o impacto do desenvolvimento na qualidade do sono de crianças em idade pré-escolar, visto que é uma idade em que ocorrem mudanças aceleradas em vários domínios do desenvolvimento e em que a criança começa a ser exposta a outras exigências (e.g., a entrada para o pré-escolar).

Relativamente às estratégias parentais utilizadas no apoio ao sono da criança, de forma inconsistente com investigações anteriores (e.g., Jenni et al., 2005), os nossos resultados não relevaram associações entre o desenvolvimento e as estratégias parentais. Num estudo com bebés, Morrell e Cortina-Borja (2002), sugerem que os pais vão mudando as estratégias que utilizam ao longo do desenvolvimento da criança, sendo que quando as crianças são mais pequenas os pais utilizam mais estratégias relacionadas com conforto e à medida que vão crescendo utilizam mais estratégias de promoção da autonomia. Os nossos resultados, obtidos através de uma amostra de crianças mais crescidas, não evidenciaram associações entre idade e estratégias parentais. Isto aponta para a possibilidade de a idade pré-escolar ser um período de transição das estratégias de conforto para as estratégias relacionadas com a regulação do sono e possível estabilidade das estratégias usadas pelos pais ao longo desta etapa do desenvolvimento.

Mais uma vez, a maioria dos trabalhos que evidenciam o impacto do desenvolvimento nas estratégias parentais baseou-se em amostras de bebés, tornando difícil a comparação com os nossos resultados.

### **Problemas de Sono e Estratégias Parentais Relacionadas com o Sono**

De forma consistente com o que a investigação tem vindo a demonstrar (e.g., Simard et al., 2008), os nossos resultados revelaram associações entre problemas de sono e estratégias comportamentais relacionadas com o sono.

Neste estudo, as estratégias parentais de conforto foram que se associaram com mais problemas de sono. Tal como o que foi encontrado por Simard e colaboradores (2008), com uma amostra de crianças em idade pré-escolar, os nossos resultados demonstram que estratégias relacionadas com o envolvimento parental se associam a dificuldades em

adormecer, resistência ao deitar e um sono de menor duração. De forma consistente com os achados de Mindell e colaboradores (2010), também foram encontradas associações entre maior recurso a estratégias parentais de conforto e despertares noturnos. Os nossos resultados demonstraram ainda associações entre este tipo de estratégias e parassónias. Tendo em conta que as estratégias de conforto podem ser um obstáculo à autorregulação da criança (Simard et al., 2008) e considerando que a capacidade de regular o sono de forma autónoma é uma tarefa de desenvolvimento fulcral para a criança pequena (Stein & Bates, 2002), os nossos resultados reforçam a necessidade de disponibilizar intervenções que promovam ou melhorem a capacidade dos pais em se manterem consistentes e não cederem a tentativas de procura de conforto por parte das crianças no momento de dormir.

Por outro lado, estratégias parentais relacionadas com rotinas e ambiente têm vindo a ser associadas a uma maior qualidade do sono (Sadeh et al., 2009). Os nossos resultados demonstraram que quando os pais utilizavam menos este tipo de estratégias, as crianças apresentavam mais despertares noturnos, mais parassónias, mais dificuldades em adormecer e maior resistência ao deitar. Estes resultados vão de encontro ao proposto por Mindell e colaboradores (2009), de que a utilização de estratégias relacionadas com rotinas e ambiente conduzem à redução de problemas de sono, especialmente à redução de dificuldades em adormecer, despertares noturnos e a um sono mais consolidado.

As estratégias de parentais de apoio à regulação também revelaram um papel importante neste estudo. De modo semelhante com o proposto por Morrell e Cortina-Borja (2002), de que a utilização de estratégias de promoção da autonomia e auto-conforto conduzem a uma diminuição de despertares noturnos, os nossos dados apontam para que um menor uso deste tipo de estratégias se associa com mais despertares noturnos. Os resultados deste estudo demonstram também que quando os pais não utilizam estratégias de apoio à regulação, as crianças têm mais dificuldades em adormecer, resistência ao deitar e um sono de menor duração.

Considerando todos os resultados, que confirmaram o efeito das estratégias parentais utilizadas para apoiar o sono da criança, que por sua vez são influenciadas por determinantes individuais (e.g., temperamento e desenvolvimento), torna-se necessário que a investigação continue a explorar estas relações para um maior esclarecimento sobre as mesmas.

## **Limitações**

Uma das principais limitações deste trabalho prende-se com a amostra. Embora a maioria dos pais tenha manifestado interesse em participar no estudo e tenha dado o seu



consentimento, a percentagem dos que devolveu os questionários foi muito baixa. Isto realça a necessidade de manter a dimensão dos protocolos dentro dos limites razoáveis. Devido ao facto da nossa amostra ser reduzida, é importante ter em conta que os resultados do estudo devem ser interpretados apenas como indicadores para futuras investigações.

Outra das limitações prende-se com as medidas, onde se destaca a necessidade de incluir outros informadores. O facto de a maioria dos questionários se basear em informação fornecida pelos pais pode levar ao enviesamento dos dados, uma vez que se levanta o problema da desejabilidade social. Visto que na idade pré-escolar as crianças passam grande parte do seu tempo nas escolas, seria pertinente que a recolha de informação fosse feita também junto dos professores, para evitar o efeito da restrição de contextos em que os pais observam a criança. Por outro lado, uma das medidas de desenvolvimento foi aplicada a uma subamostra de pequena dimensão, o que pode obscurecer os resultados. Por outro lado, neste estudo foram utilizados instrumentos de rastreio, sendo utilizados indicadores de dificuldade e não de nível de competência.

### **Considerações Finais**

Este estudo procurou analisar o contributo do temperamento e do desenvolvimento infantil para a qualidade do sono da criança e o efeito desses fatores intrínsecos nas estratégias parentais relacionadas com o sono de crianças de idade pré-escolar.

Apesar das limitações encontradas, de forma consistente com o proposto por vários modelos etiológicos do sono infantil (Sadeh & Anders, 1993; Beebe, 2008; Karraker, 2008), confirmou-se o impacto de aspetos específicos do temperamento e do desenvolvimento na qualidade do sono e nas estratégias parentais, em crianças em idade pré-escolar. Os nossos resultados são indicadores que podem ser integrados em investigações futuras e reforçam a necessidade de antecipar dificuldades e adotar estratégias preventivas. Por outro lado, a consideração destes fatores será essencial na adaptação das intervenções terapêuticas às características da criança e da família.

Estudos futuros deverão explorar o contributo relativo das variáveis estudadas para a qualidade do sono da criança, de modo a compreender quanto é que cada uma destas variáveis explica a variância na qualidade do sono e quais os processos que estão na base da associação entre elas e a qualidade do sono da criança.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, M. M., Seabra-Santos, M. J., & Major, S. (2010). Bateria de avaliação do temperamento infantil – forma revista. *Psicologia*, 53, 313-328.
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual* (2nd ed.). Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine. doi:0965722023.
- Atkinson, E., Vetere, A., & Grayson, K. (1995). Sleep disruption in young children. The influence of temperamento on the sleep patterns of pre-school children. *Child Care Health Development*, 21(4), 233-246. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7554104>.
- Axelsson, E., Hill, C., Sadeh, A., Dimitriou, D. (2013). Sleep problems and language development in toddlers with Williams syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 3988-3996.
- Beebe, D. W. (2008). Sleep and behavior in children and adolescents: a multi-system, developmental heuristic model. In A. Ivanenko (Eds.), *Sleep and Psychiatric Disorders in Children and Adolescents* (pp. 1-10). New York: Informa Healthcare.
- Bonuck, K., Grant, R. (2012). Sleep problems and early developmental delay: Implications for early intervention programs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(1), 41-52.
- Carskadon, M.A., & Dement, W.C. (2011). Monitoring and staging human sleep. In M.H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine*, 5th edition, (pp 16-26). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Centre for Community Child Health. (2006b). *Behaviour problems: practice resource*. Melbourne, Australia.
- Chambel, I. D. (2013). *Crenças parentais sobre o sono das crianças em idade pré-escolar* (Mestrado em Psicologia). Retrived from [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10538/1/ulfpie046406\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10538/1/ulfpie046406_tm.pdf).
- Cormier, R. (1990). Sleep disturbances. In W. Walker & J. Hurst (Eds.), *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations* (pp. 398-403). Boston: Butterworths.
- Ednick, M., Cohen, A., & McPhail, G. (2009). A review of the effects of sleep during the first year of life on cognitive, psychomotor, and temperament development. *Sleep*, 32(11), 1449–1458. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2768951/>.
- Gaylor, E. E., Burnham, M. M., Goodlin-Jones, B. L., & Anders, T. F. (2005). A longitudinal follow-up study of young children's sleep patterns using a developmental classification system. *Behavioral Sleep Medicine*, 3(1), 44–61. doi:10.1207/s15402010bsm0301\_6.
- Glascoe, F. P. (1997). Parents' concerns about children's development: prescreening techniques or screening test? *Pediatrics*, 99(4), 522–528. doi: 10.1542/peds.100.5.901
- Glascoe, F. P. (2000). Evidence- based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns. *Child: care, health and development*, 26(2), 137–149. doi:10.1046/j.1365-2214.2000.00173.x.
- Glascoe, F. P. (2002). *Collaborating with parents*. Austin, Texas: Vandermeer Press.
- Glascoe, F. P., & Dworkin, P. (1993). Obstacles to effective developmental surveillance: errors in clinical reasoning. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14(5),

- 344–349. Retrieved from <http://ezproxy.library.tufts.edu/login?url=http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med3&AN=7504700>.
- Glascoc, F. P., & Robertshaw, N. S. (2008). *PEDS: Developmental Milestones, Professionals' Manual*. Austin, Texas: Ellsworth & Vandermeer Press, LLC.
- Goes, A. R. (2003). “*De pequenino...*” uma abordagem ao desenvolvimento e comportamento da criança pequena (Doutoramento em Psicologia). Retrived from <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/9803>.
- Goodnight, J., Bates, J., Staples, A., Pettit, G., & Dodge, K. (2007). Temperamental resistance to control increases the association between sleep problems and externalizing behavior development. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 39–48. doi:10.1037/0893-3200.21.1.39.
- Gregory, A., & Sadeh, A. (2012). Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, 16(2), 129–36. doi:10.1016/j.smrv.2011.03.007
- Haycraft, E., Farrow, C.m Meyer, C., Powell, F., Blissett, J. (2011). Relationship between temperament and eating behaviors in young children. *Appetite*, 56(3), 689-692. doi: 10.1016/j.appet.2011.02.005.
- Hayes, M. J., McCoy, S. K., Fukumizu, M., Wellman, J. D., & DiPietro, J. A. (2011). Temperament and sleep-wake baheaviors from infancy to toddlerhood. *Infant and Child Development*, 20(5), 495–508. doi:10.1002/icd.720.Temperament.
- Hayes, M. J., Parker, K. G., Sallinen, B., & Davare, A. (2001). Bedsharing, temperament, and sleep disturbance in early childhood. *Sleep & Hypnosis*, 24(6), 657.
- Hayes, M. J., Roberts, A. M., & Stowe, R. (1998). Early childhood co-sleeping: Parent-child and parente-infant nighttime interactions. *Infant Mental Health Journal*, 17(4), 348-357. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199624)17:4<348::AID-IMHJ6>3.0.CO;2-I.
- Hoban, T. (2010). Sleep disorders in children. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1184. 1-14.
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Gilliam, J. E., & Lopez-Wagner, M. C. (2006). Sleep Problems in Children With Autism and in Typically Developing Children. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(3), 146–152. doi:10.1177/10883576060210030301.
- Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L. & Largo, R. H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*, 111(2), 302-307.
- Jenni, O. G., Fuhrer, H. Z., Iglowstein, I., Molinari, L., & Largo, R. H. (2005). A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among Swiss children in the first 10 years of life. *Pediatrics*, 115(1), 233-40.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N., & Garcia-Coll, C. (1984). Behavioral inibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 2212-2225.
- Karraker, K. (2008). The role of intrinsic and extrinsic factors in infant night waking. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 5(3), 108–121.
- Krakowiak, P., Goodlin-Jones, B., Hertz-Picciotto, I., Croen, L. A., & Hansen, R. L. (2012). Sleep problems in children with autismo spectrum disorders, developmental delays, and typical development: a population-based study. *Journal of Sleep Research*, 17(2), 197-206. doi: 10.1111/j.1365-2869.2008.00650.x.

- Keener, M. A., Zeanah, C. H., & Anders, T. F. (1988). Infant temperament, sleep organization and nighttime parental interventions. *Pediatrics*, 81(6), 762-771.
- Lochary, M. E., Wilson, S., Griffen A. L., & Coury, D. L. (1993). Temperament as a predictor of behavior for conscious sedation in dentistry. *Journal of Pediatric Dentistry*, 15(5), 348-352.
- Martins, R. P., & Bridger, R. C. (1999). *Temperament Assessment Battery for Children – Revised. A tool for the assessment of temperamental traits and types of young children: Manual*. Athens, GA: School Psychology Clinic Publishers.
- McNamara, P., Belsky, J., Fearon, P. (2003). Infant sleep disorders and attachment: sleep problems in infants with insecure-resistant versus insecure-avoidant attachments to mother. *Sleep and Hypnosis*, 5(1), 7-16.
- Mindell, J., Meltzer, L. J., Carskadon, M. a, & Chervin, R. D. (2009). Developmental aspects of sleep hygiene: findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep medicine*, 10(7), 771–9. doi:10.1016/j.sleep.2008.07.016.
- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J., Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night waking in infants and young children. *Sleep medicine*, 29(10), 1263-1276.
- Mindell, J., & Owens, J. (2003). Sleep problems in pediatric practice: clinical issues for the pediatric nurse practitioner. *Journal Pediatric Health Care*, 17(6), 324-331. doi: 10.1016/j.pedhc.2003.09.003.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kohyama, J., & How, T. H. (2010). Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: a cross-cultural comparison. *Sleep medicine*, 11(4), 393-399.
- Mindell, J. A., Telofski, L. S., Wiegand, B., & Kurtz, E. S. (2009). A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep*, 32(5), 599-606.
- Morrell, J., & Cortina-Borja, M. (2002). The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new questionnaire: the Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale. *Infant and Child Development*, 11(1), 17–41. doi:10.1002/icd.251.
- Morrell, J., & Steele, H. (2003). The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant mental health journal*, 24(5), 447-468. doi: 10.1002/imhj.10072.
- Owens, J. (2007). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Sleep Medicine Clinics*, 2(3), 353-361.
- Owens, J. (2008). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 35(3), 533–546. doi:10.1016/j.pop.2008.06.003.
- Owens, J., & Mindell, J. A. (2011). Pediatric insomnia. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3), 555–69. doi:10.1016/j.pcl.2011.03.011.
- Owens, J., Frank, N., Smith, A., Hagino, A. O., Arrigan, M., & Alario, A. J. (1997). Child temperament, parenting discipline style, and bedtime behavior in childhood sleep disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 18(5), 314-321.
- Owens, J., & Witmans, M. (2004). Sleep problems. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 34(4), 154–79. doi:10.1016/j.cppeds.2003.10.003.

- Patzold, L. M., Richdale, A. L., & Tonge, B. J. (1998). An investigation into the sleep characteristics of children with autism and Asperger's disorder. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 34, 528-533.
- Petit, D., Montplaisir, J. (2012). Consequences of short sleep duration or poor sleep in children. *Encyclopedia on Early Childhood Development* xx(x), 1-7. Retrieved from <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Petit-MontplaisirANGxp1-2012.pdf>.
- Richdale, A. L. (1999). Sleep problems in autism: prevalence, cause, and intervention. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41(1), 60-66. doi: 10.1111/j.1469-8749.1999.tb00012.x.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. In N. Eisenberg, W. Damon & M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (99-166). New York: Wiley.
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (2000). *Temperament in Children*. Paper presented at the 26<sup>th</sup> International Congress of Psychology, Stockholm.
- Rothbart, M. K., Evans, D. E., & Ahadi, S. A. (2010). Temperament and personality: origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 122-135. doi:10.1037//0022-3514.78.1.122.
- Sadeh, A. (2005). Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(5), 612-28. doi:10.1016/j.cpr.2005.04.006.
- Sadeh, A., & Anders, T. (1993). Infant sleep problems: origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), 17-34. doi: 10.1002/1097-0355(199321)14:1<17::AID-IMHJ2280140103>3.0.CO;2-Q.
- Sadeh, A., Lavie, P., & Scher, A. (1994). Sleep and temperamento: Maternal perceptions of temperamento in sleep-disturbed toddlers. *Early Education and Development*, 5, 311-322.
- Sadeh, A. V. I., Mindell, J. A., Luedtke, K., & Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of sleep research*, 18(1), 60-73. doi: 10.1111/k.1369.2008.00699.
- Sadeh, A., & Sivan, Y. (2009). Clinical practice: sleep problems during infancy. *European journal of pediatrics*, 168(10), 1159-64. doi:10.1007/s00431-009-0982-4.
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep medicine reviews*, 14(2), 89-96. doi: 10.1016/j.smrv.2009.05.003.
- Scher, A. (2005a). Infant sleep at 10 months of age as a window to cognitive development. *Early human development*, 81(3), 289-92. doi:10.1016/j.earlhumdev.2004.07.005
- Scher, A. (2005b). Crawling in and out of sleep. *Infant and Child Development*, 500, 491-500. doi:10.1002/icd.
- Scher, A., Asher, R. (2004). Is attachment security related to sleep-wake regulation?: Mothers' reports and objective sleep recordings. *Infant Behavior and Development*, 27(3), 288-302. doi: 10.1016/j.infbeh.2003.12.002
- Scher, A., Tirosh, E., & Lavie, P. (1998). The relationship between sleep and temperament revisited: evidence for 12-month-olds: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 39(5), 785-8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9690941>.
- Simard, V., Nielsen, T. A., Tremblay, R. E., Boivin, M., & Montplaisir, J. Y. (2008). Longitudinal study of bad dreams in preschool-aged children: prevalence, demographic correlates, risk and protective factors. *Sleep*, 31(1), 62.

- Sivertsen, B., Posserud, M.B., Gillberg, C., Lundervold, A.J., & Hysing, M. (2012). Sleep problems in children with autism spectrum problems: a longitudinal population-based study. *Autism*, 16, 139-150.
- Souders, M. C., Mason, T. B., Valladares, O., Bucan, M., Levy, S. E., Mandell, D. S., Weaver, T. E., & Pinto-Martin, J. (2009). *Sleep Behaviors and Sleep Quality in Children with Autism Spectrum Disorders Sleep*, 32(12), 1566-1578.
- Spruyt, K., Aitken, R. J., Charlton, M., Adamson, T. M., & Horne, R. S. (2008). Relationship between sleep/wake patterns, temperament and overall development in term infants over the first year of life. *Early Human Development*, 84(5), 289-296.
- Staples, A. D., & Bates, J. E. (2011). Children's sleep deficits and cognitive and behavioral adjustment. In M. El-Sheikh (Ed.), *Sleep and Development: Familial and Socio-Cultural Considerations* (pp. 133-163). New York: Oxford University Press.
- Stein, A., & Barnes, J. (2002). Feeding and sleep disorders. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (4th ed., pp. 754-775). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Sturn, L. (2004). Temperament in early childhood: a primer for the perplexed. *Zero to Three*. 4-11. Retrieved from <http://paperzz.com/doc/442156/temperament-in-early-childhood---zero-to-three>.
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1970). The origin of the personality. *Scientific American*, 223(2), 102-109. Retrieved from [http://www.acamedia.info/sciences/sciliterature/origin\\_of\\_personality.htm](http://www.acamedia.info/sciences/sciliterature/origin_of_personality.htm).
- Touchette, E. (2011). Factors associated with sleep problems in Early Childhood. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-8. Retrieved from <http://www.child-encyclopedia.com/pages/PDF/TouchetteANGxp1.pdf>.
- Touchette, É., Petit, D., Paquet, J., Boivin, M., Japel, C., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. Y. (2005). Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 159(3), 242.
- Troxel, W. M., Trentacosta, C. J., Forbes, E. E., & Campbell, S. B. (2013). Negative emotionality moderates associations among attachment, toddler sleep, and later problem behaviors. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 127-136. doi: 10.1037/a0031149.
- Weinraub, M., Bender, R. H., Friedman, S. L., Susman, E. J., Knoke, B., Bradley, R., Houts, R., Williams, J. (2012). Patterns of developmental change in infants' nighttime sleep awakenings from 6 through 36 months of age. *Developmental Psychology*, 48(6), 1511-1528. doi: 10.1037/a0027680.
- Weissbluth, M. (1989). Sleep-loss stress and temperamental difficultness: psychobiological processes and practical considerations. In G. Kohnstamm, J. Bates & M. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 357-375). Chichester, UK: Wiley.
- Weissbluth, M., & Liu, K. (1983). Sleep patterns attention span, and infant temperament. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 4, 34-36.
- Williams, G., Sears, L. L., & Allard, A. (2006). Parent perceptions of efficacy for strategies used to facilitate sleep in children with autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18(1), 25-33. doi: 10.1007/s10882-006-9003-y.
- Zuckerman, B., Stevenson, J., & Bailey, V. (1987). Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors and behavioral correlates. *Paediatrics*, 80, 664-671.

## Anexo A

### (Protocolo de Consentimento)



**Caros pais,**

A Fundação D. Pedro IV e a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (FPUL) estabeleceram um protocolo de colaboração, que integra duas dimensões: o apoio às crianças, pais e educadoras da instituição, através do acolhimento de um estágio curricular em casas de infância da Fundação D. Pedro IV, e o apoio às atividades de investigação da FPUL. Neste âmbito, foi enquadrado o Projeto “João Pestana”, que pretende caracterizar o sono e dificuldades relacionadas com o sono de crianças pequenas e alguns fatores associados.

**Todas as famílias de crianças dos 2 aos 6 anos são convidadas a participar.** Para participarem, terão de entregar o formulário de consentimento que se encontra no final da página. Antes de o preencher, por favor leiam atentamente as informações abaixo.

<b>O que é o Projeto “João Pestana”?</b>
É um projecto de investigação que pretende descrever o sono e problemas relacionados com o sono na primeira infância e identificar alguns fatores associados.
<b>Se aceitar participar, o que me é pedido?</b>
Pedimos aos pais que preencham um conjunto de questionários relacionados com o desenvolvimento, comportamento e sono das crianças, que serão enviados para casa. Após o preenchimento, os questionários deverão ser devolvidos à educadora. Após a devolução dos questionários, será selecionado aleatoriamente um grupo de crianças (20%) para realizar uma avaliação administrada por um elemento da equipa de investigação. Nessa altura, os pais serão novamente contactados.
<b>Qual a vantagem de participar?</b>
A informação recolhida e analisada após o preenchimento dos questionários permitirá contribuir para o avanço do conhecimento sobre o sono infantil e para o desenvolvimento de medidas de intervenção adequadas.
<b>Sou obrigado a participar?</b>
A participação é voluntária, mas é muito importante para nós termos o maior número possível de participantes. Se recusar participar neste estudo, isso não afectará a sua relação com a casa de infância nem os cuidados prestados ao seu educando.
<b>Quem tem acesso aos dados?</b>
Os dados recolhidos são totalmente confidenciais. Apenas os elementos da equipa de investigação têm acesso aos dados individuais. Cada questionário terá um código, que permitirá identificar as respostas, que apenas será conhecido pelos investigadores. Os resultados coletivos, resultantes da combinação das respostas de todos os participantes, serão tornados acessíveis aos pais através da página de uma página de internet.
<b>Se precisar de mais informação, com quem deve contactar?</b>
Por favor, contacte com a responsável, Ana Rita Goes, para o telefone 217943636 ou e-mail <a href="mailto:anarita.goes@psicologia.ulisboa.pt">anarita.goes@psicologia.ulisboa.pt</a> .

✕

#### PROJECTO “João Pestana” – PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO

Código: ■ ■ ■ ■ ■

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado de educação de \_\_\_\_\_, li a informação fornecida e

- ☐ Aceito participar no Projeto “João Pestana”.
- ☐ Não aceito participar no Projeto “João Pestana” nem no processo de deteção precoce de problemas de desenvolvimento e comportamento (assinalar com uma cruz a opção escolhida).

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Anexo B**  
(Estrutura Fatorial PSSQ)

**Estrutura fatorial PSSQ**

Item	Conforto	Apoio à regulação	Rotinas e ambiente
10. Faço-lhe festinhas ou dou-lhe a mão.	.749		
9. Fico no quarto com ele até que adormeça.	.693	.533	
8. Deito-me com ele até que adormeça.	.682	.482	
27. Sento-me junto dele ou fico no quarto até que adormeça.	.619	.393	
30. Levo-o para a minha cama e deixo-o dormir lá.	.722		
24 Deito-me com ele na sua cama ou no quarto até que adormeça.	.583	.363	
16. Deito-o na minha cama.	.581	.336	.313
5. Embalo-o.	.567		
6.Pego-lhe ao colo.	.514		
30.Levo-o para a minha cama e deixo-o dormir lá.	.504	.417	
7. Dou-lhe o biberão ou outro alimento.	.496		
33. Dou-lhe algum alimento.	.461		
13. Falo baixinho com ele para o acalmar e depois saio. (invertido).		.732	
15. Dou-lhe um beijinho e deixo-o sozinho. (invertido).	.436	.693	
14. Conto-lhe uma história e depois saio. (invertido).		.626	
28. Vejo se está tudo bem rapidamente e volto a sair do quarto (invertido).		.608	
22. Espero um pouco para ver se sossega sozinho e adormece. (invertido).		.445	
2. Uso uma rotina à hora de dormir (isto é, fazemos as mesmas coisas pela mesma ordem todas as noites). (invertido).			.794
3.Envolver-o em atividades sossegadas antes de dormir (por exemplo, ouvir uma história, fazer um puzzle). (invertido).			.736
1. Deito-o à mesma hora todas as noites. (invertido).			.719
18. Deixo a televisão ligada.			.538
4. Evito atividades agitadas antes de dormir (por exemplo, videojogos, corridas e saltos, lutas). (invertido).			.526
17. Deixo-o adormecer no sofá junto de um adulto.			.463
<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>	.855	.717	.743
<b>% de variância explicada</b>	19.41	14.81	13.08